ÜBER

GEWOHNHEITSMÄSSIGES ERBRECHEN

AUF DER GRUNDLAGE

KRANKHAFTER SEELENZUSTÄNDE

(HYPEREMESIS HYSTERICA).

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

Dr **C. v. LIEBERMEISTER**

O. Ö. PROFESSOR DER PATHOLOGIE UND THERAPIE UND VORSTAND DER MEDIZINISCHEN KLINIK

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT

VON

PAUL KEMMLER

APPROB. ARZT AUS STUTTGART, DERZEIT ASSISTENTEN AN DER KÖNIGL. PSYCHIATRISCHEN KLINIK IN BRESLAU.

TÜBINGEN 1891

DRUCK VON HEINRICH LAUPP JR.

ÜBER

GEWOHNHEITSMÄSSIGES ERBRECHEN

AUF DER GRUNDLAGE

KRANKHAFTER SEELENZUSTÄNDE

(HYPEREMESIS HYSTERICA).

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

DR **C. v. LIEBERMEISTER**

O. Ö. PROFESSOR DER PATHOLOGIE UND THERAPIE UND VORSTAND DER MEDIZINISCHEN KLINIK

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT

VON

PAUL KEMMLER

APPROB. ARZT AUS STUTTGART, DERZEIT ASSISTENTEN AN DER KÖNIGL. PSYCHIATRISCHEN KLINIK IN BRESLAU.

TÜBINGEN 1891

DRUCK VON HEINRICH LAUPP JR.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550015_0100

In der medizinischen Klinik zu Tübingen kamen in den letzten Jahren zahlreiche Fälle von Hyperemesis hysterica zur Beobachtung und Behandlung, welche in ihrer Gesamtheit die eigentümlichen Züge dieser Erkrankung nach den verschiedensten Richtungen veranschaulichen. Da das Wenige, was in der deutschen Fachlitteratur über habituelles Erbrechen zu finden ist, das Wesen der Krankheit nicht scharf genug kennzeichnet und die Ergebnisse der Tübinger Fälle auch von den Darstellungen der Franzosen und Engländer in wichtigen Punkten abweichen, habe ich mir die Aufgabe gestellt, die Pathogenese und Therapie des habituellen nervösen Erbrechens im Zusammenhange zu behandeln. Ich bin dabei stets den Prinzipien meines hochverehrten Lehrers, des Herrn Professor *Liebermeister* gefolgt, dem ich die Anregung und Anleitung zu dieser Arbeit und die gütige Ueberlassung des einschlägigen Krankenmaterials der Klinik verdanke.

Die durch die Rückwirkung geschickter populärer Darstellungen zur Mode gewordene Suggestionstherapie hat neben den vielen Gefahren, welche sie mit sich bringt, die eine gute Seite, dass sie in der üblichen Auffassung der allgemeinen funktionellen Neurosen insofern eine durchgreifende Aenderung einleitet, als sie der richtigen Würdigung des seither noch von vielen gering geschätzten psychischen Faktors mehr und mehr Bahn bricht und mit dieser Meinung sogar bis in die Laienkreise vordringt. Es scheint dabei öfters die irrtümliche Ansicht mitunterzulaufen, als ob mit dem neuen Schlagwort »Suggestion« ein ganz neues Prinzip auf die Welt gekommen wäre, während in Wahrheit das damit gekennzeichnete Verfahren schon ziemlich lange geübt wurde. Herr Professor *Liebermeister* hat von jeher in der Erklärung der hysterischen Krankheitserscheinungen das psychische Element ganz besonders hervorgehoben und hat gerade durch die bewusste und absichtliche psychische Behandlung seine glänzenden Erfolge schon zu einer Zeit erreicht, als die Hysterie noch allgemein als Schreckgespenst einer unheilbaren Krankheit verrufen war und von der Mehrzahl der Aerzte die Heilung hysterischer Symptome den Launen des Zufalls anheimgegeben wurde.

Es war mir eine befriedigende Aufgabe, die Ansichten, welche ich mir nach dem Unterricht des Herrn Professor *Liebermeister* über die Hysterie und verwandte Neurosen gebildet hatte, an einem Teilsymptom derselben, welches öfters als isolierte Krankheit auftritt, zu prüfen und zu befestigen. Da ich in der Hauptsache nichts anderes zu thun hatte, als dessen bekannte allgemeine Grundsätze auf das gewählte Spezialsymptom anzuwenden, konnte ich natürlich eine öftere Wiederholung von längst Bekanntem nicht vermeiden. Meine Absicht war ja auch nicht, etwas Neues zu bringen, sondern nur, an einem anscheinend ganz einfachen und beschränkten Symptom dem verwickelten Mechanismus der Hysterie weiter nachzuspüren, um schliesslich den gemeinsamen Kern dieser mannigfaltigen Bildungen herausschälen zu können.

Bei den funktionellen Neurosen kommt es, wie bei den psychischen Erkrankungen, stets auf eine möglichst gründliche, durch alle Hilfsmittel der Physiologie und Psychologie gestützte Untersuchung des Einzelfalles an. Mit der blossen Einfügung desselben in das System der typischen Krankheitsformen ist hier nicht viel gewonnen, schon weil die wenigen Typen dieses Gebietes gar keine scharfe Abgrenzung haben. Der Name Hysterie hat fast nur in dem negativen Sinne der Abgrenzung von organischen Krankheiten seine Berechtigung. Die unter diesem Sammelbegriffe vereinigten Einzelfälle haben so verschiedene Entstehungsweise, dass der Entwurf eines für alle geeigneten therapeutischen Planes gewagt erscheint. Die rationelle Therapie muss für jeden Fall auf Grund genauester Kenntnis der besonderen Entstehungsursachen erst geschaffen werden. Nichts ist trauriger anzusehen, als jene schablonenhafte Routine, welche einen Patienten wie den andern, sobald er einmal in der betreffenden Kategorie untergebracht ist, mit kaltem Wasser, Faradisation und Galvanisation, Massage, Mästung und anderen schönen Kurmethoden beglückt. Ich hoffe zeigen zu können, wie zahlreiche Gesichtspunkte schon bei diesem relativ beschränkten hysterischen Symptom zu berücksichtigen sind, und wie mannigfaltig deshalb auch für den denkenden Arzt die Angriffspunkte für die Behandlung sein müssen. Die für alle Fälle gemeinsam gültigen therapeutischen Grundsätze sind, genau besehen, nichts anderes als diejenigen Prinzipien, welche man bei allen Geisteskrankheiten in Anwendung bringt. Nur werden die Hysterischen durch ihre leider vielfach völlig vernachlässigte Erziehbarkeit in eine viel günstigere Lage versetzt als andere Geisteskranke. Dass die Hysterie in der

Regel eine so schlechte Prognose hat, liegt nicht in einer ihr immanenten Unheilbarkeit, sondern in der äusseren Unmöglichkeit, die entsprechenden therapeutischen Indikationen, namentlich soweit sie eine Besserung sozialer Schäden verlangen, durchzuführen, und in der Unterlassung der Ausarbeitung für die besondere Art des Einzelfalles passender Vorschriften, wie sie nur aus genauester Kenntnis der speziellen Pathogenese abgeleitet werden können. Mit je grösserer Vorsicht man an die Beurteilung hysterischer Symptome herangeht, und mit je grösserer Sorgfalt man nach ihren verborgenen Quellen forscht, desto grössere Aussicht hat man auf günstige therapeutische Erfolge. Ich hoffe, dass die Aufmerksamkeit, welche ich dem speziellen Symptom des habituellen Erbrechens gewidmet habe, einen kleinen Beitrag zur Aufhellung des Wesens der Hysterie überhaupt liefern wird.

Erbrechen findet sich in der Tierreihe überall, wo ein Magen ausgebildet ist. Schon bei Tieren mit wenig differenziertem Nahrungsschlauch gibt es analoge Funktionen. Bei vielen Fischen und bei den Raubvögeln wird es physiologisch verwertet, um die unverdaulichen Nahrungsrückstände auf dem kürzesten Wege aus dem Körper zu entfernen; bei den Wiederkäuern ist es zu einer hochentwickelten physiologischen Funktion modificiert. Bei den meisten höheren Tieren lässt sich aber der Magen nur durch ganz aussergewöhnliche Umstände bewegen, seine Brechthätigkeit zu entfalten, so dass dieselbe allgemein als ein Krankheitszeichen gilt. Der Krone der Schöpfung, dem Menschen, war es beschieden, diese pathologische Funktion auf die denkbar höchste Stufe emporzuheben, indem er sie in der Form des hysterischen Vomitus mit genialer Missachtung gemeiner physiologischer Causalität zum Ausdrucksmittel für seine unzufriedene Seele wählt.

Das Erbrechen ist ein Symptom, dem man bei den verschiedensten Krankheiten begegnet, bald ein ganz gleichgiltiger Vorgang, den man kaum als krankhaft zu bezeichnen wagt, bald der Ausdruck schwerer Lebensgefährdung. Bei dieser Vielseitigkeit sollte man denken, das Symptom müsste für die differentielle Diagnose schlecht zu verwerten sein. Und doch giebt es Fälle, in denen es möglich ist, bloss auf dieses eine Symptom hin die Krankheit zu bestimmen, sobald man sich die Mühe nimmt, die besondere Art des Erbrechens genau zu beobachten.

Nicht jedes Erbrechen ist von gleicher Art. Schon die alten

Aerzte unterschieden mehrere Formen. Das gastrische Erbrechen erfolgt auf allerlei abnorme Reizungen und Belästigungen des Magens. Alle übrigen Arten, unter denen namentlich die cerebrale und uterine Form längst bekannt sind, lassen sich unter dem Namen sympathisches Erbrechen zusammenfassen. Dasselbe wird nicht vom Magen, sondern von andern kranken Organen ausgelöst. Der Ausdruck sympathisches Erbrechen stammt noch aus der Zeit überlebter philosophischer Theorien, ist aber eine immer noch ganz brauchbare Bezeichnung. Die modernen Schlagwörter centrales und reflectorisches Erbrechen erklären sich selbst, sind aber nicht sicher abzugrenzen. Von nervösem Erbrechen zu reden ist eigentlich ein Pleonasmus, denn alles Erbrechen ist nervös, d. h. jedesmal sind zum Zustandekommen von Erbrechen komplicierte Innervationsvorgänge nötig. Im engeren Sinne nennt man das Erbrechen dann nervös, wenn es auf Grund einer reizbaren Schwäche des Nervensystems durch auffallend geringe Reize ausgelöst wird. Ueber den Ursprung des Erbrechens sagt der Name nichts aus. Es steht demjenigen Erbrechen gegenüber, das wirkliche organische Krankheiten begleitet und wird, da es keinen anatomischen Hintergrund besitzt, auch functionelles Erbrechen genannt. Eine Reihe weiterer Abarten des Erbrechens werden später im Zusammenhange mit ihren Ursachen Erwähnung finden.

Ehe ich auf den Ursprung und die unterscheidenden Merkmale des hysterischen Erbrechens eingehe, möchte ich die physiologischen Grundlagen des Erbrechens überhaupt kurz recapitulieren.

Der Vorgang des Erbrechens ist wohl jedermann aus eigener Erfahrung bekannt. Ich verzichte auf eine nähere Schilderung und gehe sofort auf einige für die späteren Ausführungen grundlegende Einzelheiten über [1]). Ich begnüge mich die gesicherten Resultate der Forschung anzuführen. Der Brechmechanismus ist immer noch nicht vollständig aufgeklärt, soviel experimentelle physiologische Arbeit dem Gegenstand auch schon gewidmet wurde.

Es liegt sehr nahe anzunehmen, dass sich beim Erbrechen der Magen in toto contrahiert. Dass eine solche Contraction möglich ist, wird durch einzelne Sektionsbefunde [2]) und durch Beobachtungen bei Sondierung und Aus-

1) Vergl. u. a. *Sigmund Mayer*, Bewegungen der Verdauungsorgane in Hermann's Handbuch der Physiologie. *Leube*, in Ziemssen's Handbuch der spec Pathologie und Therapie. *Ewald*, Klinik der Verdauungskrankheiten II. *Schiff*, Leçons sur la physiologie de la digestion. 1867. *Budge*, die Lehre vom Erbrechen. 1840.

2) *Henke* fand, wie er in seinen Vorlesungen erwähnt, einigemale den leeren Magen so fest zusammengezogen, dass er einem Stück Darm glich. Die Blase, die eine ganz ähnliche Muskelwand besitzt, ist in der Leiche in leerem Zustande gewöhnlich contrahiert.

spülung des Magens bewiesen. Es ist nicht unmöglich, dass durch eine allseitige Zusammenziehung seiner Wände der Magen gewissermassen fixiert wird und dadurch eine kleine Unterstützung für den Brechakt bietet. Doch ist die Kraft der Magenmuskulatur viel zu unbedeutend, um bei dem schliesslichen motorischen Effekt eine wichtige Rolle zu spielen.

Dagegen dürfte die Magencontraction als Begleiterscheinung und Complication nicht unwichtig sein. Der Magenkrampf ist ein wirklicher Muskelspasmus, keine blosse Paraesthesie. Das Muskelgefühl des Magenkrampfes tritt, wenn überhaupt, gleich mit solcher Energie auf, dass ein Zweifel an der Existenz einer reellen Unterlage für dasselbe ganz unberechtigt ist. Mit einer Messerspitze voll Paprika oder einer guten Dosis Salicylsäure kann man sich leicht eigene Erfahrung über die sensible und motorische Leistungsfähigkeit des Magens verschaffen.

Antiperistaltische Bewegungen beim Erbrechen sind von Einigen behauptet, von Andern geläugnet worden. Gewiss ist nur, dass die normale Peristaltik sofort beim Herannahen von Erbrechen in Unordnung gerät.

Die Ostien des Magens sind für gewöhnlich geschlossen. Der Pylorus bleibt während des Erbrechens contrahiert. In gewissen Fällen wird Darminhalt erbrochen, da in den Pausen des Brechakts der Pylorus erschlaffen kann, so dass Flüssigkeit aus dem Duodenum aspiriert wird. In ganz schweren Fällen kommen noch antiperistaltische Bewegungen der Därme hinzu. Auch nach oben ist der Magen für gewöhnlich automatisch geschlossen, und zwar, wie *Schiff* nachgewiesen hat, durch einen rhythmisch auf und ab steigenden Contractionsring im untersten Teil des Oesophagus. Bestünde dieser Verschluss nicht, so müsste der Mageninhalt durch jede Inspirationsbewegung nach oben gesaugt und durch jede Expirationsbewegung nach oben gepresst werden. Während des Erbrechens wird dieser Verschluss aufgehoben. Die Erweiterung der Cardia ist aber nicht bloss die Folge einer Erschlaffung der ringförmigen Fasern. Durch eine aktive Contraction der Längsfasern des Oesophagus mit ihren Ausstrahlungen auf den Magen wird die Cardia nach oben gerückt und erweitert. Dass es sich notwendig um aktive Beteiligung der Cardialängsmuskeln, nicht um blosse Erschlaffung der ringförmigen Einschnürung handelt, hat *Schiff* durch partielle Zerstörung der Längsfasern, (écrasement circulaire de l'entonnoir cardiaque) bewiesen, welche das Erbrechen aufhebt. *Schiff* hat ferner gezeigt, dass die motorischen Nervenfasern für die Cardiadilatation im Vagus verlaufen. Durchschneidung der Vagi am Halse oder der Rami gastrici am unteren Ende des Oesophagus macht alles Erbrechen unmöglich und erzeugt eine tonische Contraction der Ringmuskeln des unteren Oesophagus und der Cardia. Die Beteiligung der Längsfasern erhellt schon aus der gleichzeitigen Hebung der Cardia. Man fühlt ihre Contraction übrigens beim Erbrechen, wenn man nur darauf achtet, so deutlich, dass ein Zweifel nicht bestehen sollte. Die Betrachtung der anatomischen Configuration des Magens erklärt ohne weiteres, dass die Contraction der vom Oesophagus über den Magen hin gegen den Fundus und zum Teil bis zum Pylorus hin ausstrahlenden Fasern notwendig eine trichterförmige Erweiterung der Cardia ergeben muss.

Der zweite integrierende Bestandteil beim Erbrechen ist die Contraction der Bauchmuskeln, deren Bedeutung hauptsächlich durch die Bemühungen

Magendies die richtige Würdigung fand. Das Zwerchfell verhält sich passiv, wird aber durch den Verschluss der Stimmritze nach vorausgehender Inspiration fixiert und bildet so ein festes Widerlager für den Magen. Die Verhinderung der exspiratorischen Retraction des Zwerchfells durch den Schluss der Stimmritze hat für die Verkleinerung des Bauchraums annähernd dieselbe Wirkung, wie es die Contraction desselben haben würde. Die Annahme *Magendies*, dass die Bauchpresse allein Erbrechen erzeugen könne, hat sich als hinfällig herausgestellt. Nur das zeitliche Zusammentreffen der Bauchpresse mit der Cardiaeröffnung kann den Mageninhalt nach oben austreiben. Die Wirkung der Bauchpresse beim Erbrechen lässt sich sehr bequem anlässlich der Chloroformnarkose beobachten, namentlich bei Kindern, die vor dem Erwachen aus der Narkose ganz gewöhnlich erbrechen. Wenn bei einem Kind in dem Stadium, wo sich die Narkose wieder zu lösen beginnt, plötzlich die eben noch ganz regelmässige Atmung aussetzt mit Stillstand in Inspiration und der eben noch kräftige Puls schwach und beschleunigt wird, erschrickt nur der Unkundige; wer einige Erfahrung hat, greift ruhig zur Speischale. Nach wenigen Sekunden treten sehr kräftige Exspirations- und Inspirationsbewegungen auf, aber bei geschlossener Stimmritze, die nur momentan unter kurzen seufzenden Geräuschen sich öffnet. Die Bauchdecken werden abwechselnd durch den Anprall der Eingeweide bei dem inspiratorischen Herabsteigen des Zwerchfells vorgewölbt und mit der Contraction der Bauchmuskeln bei Erschlaffung des Zwerchfells eingezogen, wobei in der Seitenlage der ganze Rumpf durch den Rektuszug gebogen wird. Die Eruption erfolgt regelmässig in der Exspirationsphase. Dabei befindet sich das Zwerchfell allerdings noch in Inspirationsstellung, da es sich wegen des Stimmritzenverschlusses nicht in die exspiratorische Ruhelage zurückziehen kann. Es entsteht dabei ein starker positiver Druck im Thorax, welcher sehr zweckmässig bei etwaiger vorzeitiger Lösung des Glottisverschlusses einer Aspiration von Flüssigkeit in die Luftwege vorbeugt. Nur dadurch ist die grosse Seltenheit des Sich-Verschluckens beim Erbrechen zu erklären. Eine Aspiration kommt eigentlich nur dann vor, wenn jemand bewusstlos oder zu schwach ist, um sich aus der Rückenlage zum Sitzen aufzurichten oder in Seitenlage zu wenden, weil dabei die erbrochenen Massen nicht aus dem Mund abfliessen können. Ich erwähne das alles nur, weil mir der Irrtum ziemlich verbreitet scheint, als ob beim Erbrechen die Contraction des Zwerchfells mit der Eröffnung der Cardia zusammenfallen würde. Das wäre widersinnig, weil sich beide Bewegungen in ihrem Erfolg stören müssten. Eine gleichzeitige Contraction von Zwerchfell und Bauchmuskeln ist auch für die Willkür, wie man sich bei jedem Versuche sofort überzeugen kann, zwar keine leichte Leistung; schon deshalb ist es unwahrscheinlich, dass sie reflectorisch vorgebildet und eingeübt wäre. Auch bei der Verwendung der Bauchpresse zur Unterstützung der Defäcation und Miction sowie insbesondere zur Austreibung des Foetus beim Gebärakt besteht ein Alternieren von Zwerchfellcontraction und Bauchmuskelcontraction genau wie bei den gewöhnlichen Atembewegungen. Was den Unterschied bildet, ist lediglich der Glottisverschluss. Setzt man die Bauchpresse in Thätigkeit und löst willkürlich den Glottisverschluss — wozu man ja jederzeit im stande ist — so bemerkt man sofort, dass ein kurzer exspiratorischer Luftstrom die Nase verlässt. Glottisverschluss und Rectus-

contraction lassen sich zwar willkürlich trennen, sind aber bei der normalen Bauchpresse, wie sie beim erwachsenen Menschen zur Realisierung des Erbrechens unerlässlich ist, genau simultan associiert und alternierend mit der inspiratorischen Zwerchfellcontraction coordiniert. Die bei der Betrachtung der Muskelaktion zu Tage tretende Verwandtschaft der Brechbewegung mit der normalen Atembewegung wird durch die Untersuchungen über die zugehörigen Nervencentren noch bestätigt.

Der dritte Faktor im muskulären Mechanismus des Erbrechens besteht in Contractionen der Schlund-, Gaumen- und Zungenmuskulatur und kommt als Würgbewegung isoliert vor. Der Hals streckt sich, während sich gleichzeitig der Rumpf biegt. Der Mund öffnet sich, die Zunge streckt sich vor, verschmälert sich und höhlt sich zu einer Rinne aus. Das Zungenbein und mit ihm der Kehlkopf werden von der Wirbelsäule abgehoben. Die Schlundschnürer contrahieren sich, und die Gaumenbögen spannen sich an.

Erst die kombinierte Thätigkeit aller erwähnten Muskelgruppen bringt die Entleerung des Magens nach aussen zuwege. Dem Brechakt schliessen sich öfters noch andere motorische Erscheinungen an, die aber nicht zu seinen notwendigen Componenten gehören.

Die Coordination so verschiedener Muskeln ist nur durch einen complicierten nervösen Mechanismus möglich. Wenn wir die zugehörigen motorischen Nerven centralwärts verfolgen, so gelangen wir mit den Nerven der Exspirationsmuskeln in den Halsteil des Rückenmarks und mit den Cardiaästen des Vagus, mit dem Recurrens und Hypoglossus in das verlängerte Mark und zwar in die Gegend der Rautengrube. Nähere Einzelheiten sind für die folgenden Untersuchungen unnötig. Die Kerne der motorischen Nerven, welche die beim Brechakt gemeinsam beteiligten Muskeln versorgen, sind jedenfalls auf ein ziemlich umfängliches Gebiet verteilt. Ich erspare mir die undankbare Mühe, auf das sogenannte Brechcentrum in der Medulla oblongata einzugehen. Wahrscheinlich existiert überhaupt gar kein scharf abgegrenztes Centrum in der Weise, dass dasselbe durch einen einzigen Ganglienhaufen repräsentiert wäre, sondern nur eine innige Verbindung der motorischen Nervenkerne, welche die beim Brechakt beteiligten Muskeln beherrschen. Ausserdem bestehen Verbindungen mit vielen anderen wichtigen motorischen Centren, so z. B. mit den Centren für die Schluckbewegung oder für die Modificationen der Atembewegungen, beziehungsweise mit den Kernen der bei diesen Bewegungen thätigen Muskeln.

Die breite Basis des Brechcentrums macht auch die zahlreichen Angriffspunkte zur Einleitung von Erbrechen verständlich. Bei sensibler Reizung des Magens ist z. B. die aktive Eröffnung der Cardia das erste Moment, und erst in zweiter Linie wird die Hilfe der Bauchmuskeln in Anspruch genommen. Aber auch die übermässige Anstrengung der Bauchmuskeln beim Husten kann schliesslich eine aktive Eröffnung der Cardia einleiten (um blosse Forcierung der geschlossenen Passage kann es sich nicht handeln). Eine Gruppe von Arzneimitteln, die in schwacher Gabe Husten erregen, machen in starker Gabe Erbrechen. In weiteren Fällen bildet die Würgbewegung die Einleitung. Ruft man durch künstliche Reizung des Rachens Würgbewegungen hervor, so kann man das allmähliche Weitergreifen des motorischen Effekts schön beobachten. Das Würgen wird immer heftiger und schmerzhafter, bis endlich

meist mit einem stechenden Schmerz unterhalb des Sternum die Cardia sich aufthut und ein Schluck Mageninhalt in den Mund aufsteigt. Die Bauchpresse lässt sich eine Weile noch unterdrücken, dann aber kommt sie mächtig zur Geltung, und es ist höchste Zeit, mit der Reizung aufzuhören. Man beobachtet dabei auch ganz deutlich, dass die Coordination der Cardiacontraction mit der Bauchmuskelcontraction keine so ganz vollkommene ist, da in der Regel mehrere Anläufe misslingen, bis endlich die Zusammenziehung beider Muskeln zusammenklappt. Die Hypothese, als ob regulatorische Vorgänge der Art im Spiele wären, dass immer die Contraction des einen Muskels das Signal für die Contraction des andern abgiebt, ähnlich wie es manche für die Atem- und Schluckbewegungen annehmen, ist nicht sehr wahrscheinlich und dürfte ziemlich überflüssig sein.

Auf welchem besonderen Muskelgebiet auch die Brechbewegung eingeleitet wird, es gilt ausnahmslos für alle Fälle, dass zu eigentlichem Erbrechen eine systematische Coordination der einzelnen Muskelcontractionen erforderlich ist, welche nur durch die Medulla oblongata geschehen kann. Wenn ein Tier mit durch Sektion des Vagus experimentell erzeugter Cardialähmung einmal seinen Magen entleert, so ist dies nur eine zufällige günstige Combination von Muskelcontractionen, nicht aber der Effekt einer geordneten Reflexthätigkeit.

Die Gangliensysteme der Magenwand können sich beim Erbrechen nur in ganz untergeordneter Weise beteiligen, während sie die gewöhnlichen Magenbewegungen in der Verdauungszeit nahezu selbständig leiten. Da aber die peristaltische (wie auch die secretorische) Thätigkeit von den Centren der Medulla oblongata aus beeinflusst werden kann, werden die starken Innervationen, welche die Eröffnung der Cardia bewerkstelligen, wohl auch auf die Ganglien der Magenwand sich verbreiten.

Das Brechcentrum ist in compliciertester Weise mit den Kernen sensibler Nerven verbunden, deren wichtigster der Vagus ist. Derselbe geht mit dem Glossopharyngeus und Sympathicus und ihren Ganglien so zahlreiche Verbindungen ein, dass es äusserst schwer ist, die Bahn zu construieren, die ein sensibler Reiz einschlagen muss, um von einer bestimmten Stelle der Eingeweide aus zum Brechcentrum zu gelangen. Bei den zahllosen Communicationen und Anastomosen der Eingeweidenerven ist jedenfalls kein Mangel an Wegen vorhanden. Die Wege sind wohl auch individuell sehr verschieden. So könnte ein im Uterus entstandener Reiz nur die Magenganglien beeinflussen, während nun erst die hier erzeugte Störung die sensiblen Vagusäste afficiert, oder der Reiz könnte ganz direkt, ohne erst den Magen zu berühren, die Medulla oblongata erreichen, oder auch auf vasomotorische Fasern überspringen und durch deren Vermittlung das Centrum in der Medulla stören. Die etwa das Erbrechen begleitenden dyspeptischen Störungen, Beschleunigung oder Hemmung der Peristaltik. Magenschmerz und Magenkrampf, Aufhebung oder Verstärkung der Sekretion können gleichzeitig mit dem Erbrechen vom Centrum aus entstehen oder durch peripher bewirkte Reizung der Magenganglien erzeugt, centripetal dem Gehirn mitgeteilt werden.

Ob die Irradiation peripher oder central erfolgt, lässt sich meist nicht feststellen. Im einzelnen klinischen Falle kann man sich bemühen, die Reihenfolge der Symptome genau zu beobachten, um einen Rückschluss auf die ursprüngliche Reizquelle zu ermöglichen. Aber selbst in Fällen, wo der Reiz-

ursprung genau lokalisiert werden kann, ist die Zahl und Gruppierung der Symptome sehr variabel. Eine Retroflexio uteri oder ein Hydramnion kann bloss lokalen Schmerz bedingen, oder die Schmerzen können in die Magengegend ausstrahlen, oder es findet sich einfach Dyspepsie, oder blosses Erbrechen, oder nur Schlundkrämpfe, Ohnmacht etc. Jedes einzelne dieser Symptome kann ausfallen, und es kann auch nur ein einziges vorhanden sein. Alle Combinationen sind möglich.

Die complicierten anatomischen und physiologischen Verhältnisse erklären es, warum so grosse individuelle Verschiedenheiten in Bezug auf Leichtigkeit oder Schwierigkeit des Erbrechens obwalten. Kleine Abweichungen in der anatomischen Anordnung und in der physiologischen Erregbarkeit ändern das Spiel der Irradiation.

Manchmal bildet das Erbrechen nur den Abschluss einer längeren Kette krankhafter Sensationen, die, wenn man sie zurückverfolgt, den Ursprung der Reizung erkennen lassen. Bald wird dieser Weg so schnell durchmessen, dass sich die einzelnen Stationen nicht mehr trennen.

Gewöhnlich wirkt der Vorgang des Erbrechens als Ableitung, so dass nachher längere Zeit Wohlbefinden herrscht; nicht selten klingen die Erscheinungen ganz allmählich wieder ab. Mitunter ist mit dem Erbrechen der Höhepunkt noch gar nicht erreicht. Es folgen noch schwere Respirations- und Cirkulationsstörungen, die erst in Ohnmacht und allgemeinen Krämpfen ihren Abschluss finden.

Bei der periodischen Wiederholung desselben Reizes wird wohl meistens genau derselbe Weg eingeschlagen werden, aber die Schnelligkeit, mit welcher der Weg zurückgelegt wird, kann, je nachdem der ursprüngliche Reiz rasch oder langsam anwächst, eine verschiedene sein. Ebenso wird wohl auch die Ausgiebigkeit der Verbreitung je nach der Intensität des ursprünglichen Reizes wechseln. Ausserdem können dem in ganz derselben Weise wirkenden Reize unterwegs bald verstärkende bald abschwächende Einflüsse begegnen. Das Resultat ist, dass, obwohl vielleicht der ursprüngliche Reiz in ganz unveränderter Weise fortbesteht oder sich ganz gleichartig wiederholt, seine Wirkungen mannigfachem Wechsel unterworfen sind. So können z. B. Cardialgie oder Ohnmachtsanfälle an die Stelle des Erbrechens treten.

Es ist nicht ohne Interesse, der Entwicklung des Brechreflexes nachzuspüren. Es stellt sich dabei heraus, dass der Magen ursprünglich die Brechbewegung selbständig vollbringt, und dass alle anderen Elemente erst secundär dazu kommen.

Bei dem Säugling, dem eine überschwengliche Mutterliebe allzu reichliche Ernährung angedeihen lässt, können wir die einfachste Form des Erbrechens schön beobachten. Der Magen entledigt sich des Ueberschusses an Milch, wie ich mich wiederholt überzeugt habe, ohne jede merkliche Beteiligung der Bauchmuskeln, also vermutlich durch eine einfache eigene Contraction. Die Milch regurgitiert in den Mund, ohne dass Würgbewegungen sich damit verbinden. Auch bietet das Kind keinerlei Zeichen von Ekelgefühl oder Uebelbefinden überhaupt dar. Es bleibt im Gegenteil ganz munter und nimmt unmittelbar nach dem Speien die Brust wieder an. Eine ängstliche Mutter fragte mich einmal, ob ihr Sprössling nicht einen zu kleinen Magen habe, er erbreche fast jedesmal nach dem Trinken, es sei aber kein richtiges Erbrechen,

es sei nur, „wie wenn der Magen überlaufen würde“. In der That ist die Leichtigkeit und Mühelosigkeit des Erbrechens bei der Ueberfütterung der Säuglinge so auffallend, dass sich kaum je eine Mutter darüber beunruhigen wird. Das Speien der Säuglinge zeigt den Vorgang des Erbrechens in seinem allereinfachsten uncomplicierten Bilde. Die einen bestimmten Grad überschreitende Dehnung des Magens ist von einer Contraction desselben gefolgt, die seinen Inhalt teilweise austreibt. Für diese primitive Form des Erbrechens besteht eine gewisse Analogie mit der Entleerung der Blase, nur dass sich diese naturgemäss periodisch wiederholt, während die reflectorische Magencontraction nur ausnahmsweise unter abnormen Bedingungen eintritt. Auch bei quergestreiften Muskeln wird eine plötzliche Dehnung gerne mit einer reflectorischen Contraction beantwortet. Wenigstens scheinen manche Sehnenreflexe dies zu beweisen.

Der Säugling besitzt den Würgreflex unabhängig vom Erbrechen. *Kussmaul* (über das Seelenleben des neugeborenen Menschen) hält ihn für eine Ausdrucksbewegung des Ekelgefühls Beim Betupfen der kindlichen Zunge mit Chininlösung erhielt er ausser einer charakteristischen mimischen Bewegung (bitteres Gesicht) und zuweilen lebhaftem Schütteln des Kopfes eine krampfhafte Zusammenziehung des Schlundes, weites Aufsperren des Mundes, Hervorstrecken der Zunge und Ausstossen reichlich ergossenen Speichels. Zum Erbrechen kam es aber nicht. Auch Kitzeln des Rachens erzeugt beim Säugling prompte Würgbewegungen, muss aber lange fortgesetzt werden, wenn wirkliches Erbrechen eintreten soll.

Ich möchte ausdrücklich hervorheben, dass wir also beide Reflexe, Brech- und Würgbewegung in ihrer ursprünglichen Gestalt vollständig getrennt und unabhängig von einander beobachten. Auch die zugehörigen einfachen Empfindungen, das unbehagliche Spannungsgefühl bei übermässiger Ausdehnung des Magens und das Gefühl der Zusammenschnürung des Schlundes, das nach einigen Autoren mit dem Ekelgefühl identisch sein soll, haben nichts mit einander zu thun.

Unter complicierten Verhältnissen vereinigen sich beide Reflexe bei dem so häufigen Magenkatarrh des kleinen Kindes. Der in Zersetzung und Gährung begriffene Mageninhalt erzeugt, wie jede andere ätzende Substanz, brennenden Schmerz und regt teilweise auch durch Vermittlung der infolge von Gasbildung erhöhten Spannung Erbrechen an. Beim Passieren der Zunge erzeugt der Mageninhalt den widerlichen Geschmackseindruck des Sauren, Ranzigen, Bittern und ruft starke Würgbewegungen hervor.

Beide nervösen Reflexe associieren sich mit der Zeit so eng, dass uns später die Nausea als ein integrierender Bestandteil des Vomitus erscheint, während sie nur als mehr oder weniger nebensächliche Begleiterscheinung aufzufassen ist.

Aehnliches gilt auch von der Mitwirkung der Bauchpresse beim Erbrechen.

Mit zunehmendem Wachstum des Kindes ändern sich wie alle Lebensbedingungen so auch die Ansprüche an die Nahrungszufuhr. Der Magen bekommt mehr Arbeit, wird voluminöser, ändert seine Lage, bildet eine Aussackung, den Fundus. Mit dem Wachstum der Lungen streckt sich der Oesophagus in die Länge. Durch diese anatomischen Veränderungen wird notwendig das Erbrechen erschwert. Je mehr sich der Magen der Configuration

nähert, die er beim Erwachsenen erreicht, desto seltener und mühevoller wird das Erbrechen. Die einfache Magencontraction genügt nicht mehr zur Entleerung des Inhalts, die Hilfe der Bauchmuskeln wird herangezogen, die ganze Rumpf-, Hals-, Zungen- und Gaumenmuskulatur kommt in angestrengte Thätigkeit. Die Atmung wird unterbrochen, der Herzschlag gerät in Unordnung, die Haut wird blass und bedeckt sich mit Schweiss. Hand in Hand mit diesen Störungen steigern sich auch die mit dem Brechakt verbundenen unangenehmen Empfindungen, Uebelkeit, Erstickungs-, Ohnmachtsgefühl. Das heranwachsende Kind muss beim Erbrechen eine um so grössere Summe von Beschwerden durchmachen, je älter es wird. Ganz wie bei anderen Reflexvorgängen greift der stärker anwachsende Reiz nach dem Gesetz der Irradiation auf immer fernere Gebiete über, und die Zahl der Begleitungssymptome des Erbrechens wird so eine unbeschränkte. Wie folgenschwer die Ausbreitung des Reflexreizes sein kann, zeigt sich, sobald die mechanische Erschwerung des Erbrechens ihren Höhepunkt erreicht. Beim Rind, das wegen der eigentümlichen Configuration seines Magens nicht erbrechen kann, führt eine Ueberfüllung des Magens ohne ärztlichen Eingriff (Magensonde, Punktion) häufig genug zum Tode. Auch beim Menschen sind Fälle bekannt, wo schwere lebensgefährliche Ohnmachten auftraten, nachdem eine rasche Ueberausdehnung des Magens nach Aufnahme kalter mit Kohlensäure gesättigter Getränke das Erbrechen unmöglich gemacht hatte.

Diese fortschreitende Erschwerung des unter Umständen doch so nützlichen Reflexes bedingt beim gesunden Menschen zum Teil der seltene Gebrauch desselben. Wenn unser Magen es fleissig gelernt und geübt hätte, sich nach oben zu entleeren, würde es uns vielleicht ebenso wenig Mühe und Verdruss machen wie dem Neugeborenen. Und in der That kann der Magen immer wieder zu dieser infantilen Geschicklichkeit herangebildet werden, wenn ihm die nötige Uebung verschafft wird. Das Gesetz der Uebung und Anpassung beherrscht allmächtig alles Lebendige. Wie jede vitale Funktion durch häufige Wiederholung erleichtert wird, so geschieht dies auch mit dem Erbrechen. Je öfter sich dasselbe wiederholt hat, desto kleinere Reize genügen, um es auszulösen. Der ursprüngliche Reiz kann schwächeren Nachfolgern das Feld überlassen, die für sich allein gar nicht im Stande gewesen wären, eine so mächtige Wirkung auszuüben. Zugleich mit dieser Anpassung an schwächere Reize verringert sich auch die Zahl der durch Irradiation starker Reize bedingten Mitbewegungen und Mitempfindungen. Jemand, der „leicht erbricht", ist schon gegen schwache Reize weniger widerstandsfähig, aber er verspürt auch keine so grosse Belästigung. Die Wirkung dieser Einübung einer physiologisch vorgebildeten Funktion, die unter idealen hygienischen Verhältnissen überflüssig wird, ist natürlich nur auf pathologischem Gebiete zu beobachten, sie wird aber kaum bei einer Krankheit ausbleiben, die überhaupt zu habituellem Erbrechen führt. Es ist wiederholt bemerkt worden, dass bei einem Ulcus ventriculi, das lange ohne rationelle Behandlung war, schliesslich auch die reizlosesten Speisen erbrochen werden, und dass es mitunter nach Einleitung der richtigen Diät noch einige Zeit andauert, bis der Magen seine allmählich erlernte Unart sich wieder abgewöhnt hat. Die Einübung eines Krankheitssymptoms wird übrigens beim gesunden Menschen durch ein mächtiges Gegengewicht gehemmt, die gesunde Psyche. Jedes Krankheitssymptom

ist mit gewissen Unlustgefühlen verbunden und das Erbrechen wahrlich nicht mit den schwächsten. Diese Unlustgefühle erwecken aber den psychischen Widerstand und erzeugen eine Hemmung des unwillkommenen Reflexes. Für diese reaktive Thätigkeit gilt aber wie für jede psychische Leistung das Gesetz der Uebung in demselben Masse. Der schädliche Einfluss des oft wiederholten unwillkürlichen Reizes wird durch die Gewöhnung an die willkürliche Ueberwindung desselben aufgehoben. Das trifft jedoch nur für Geistesgesunde zu, nicht aber für diejenigen Leute, die uns das Symptom des hysterischen Erbrechens liefern.

Das gastrische Erbrechen besitzt unter allen Formen des Erbrechens allein den Vorzug der Zweckmässigkeit, indem es die Belästigung des Magens durch ungeeigneten Inhalt in erspriesslicher Weise beseitigt. Fast jede akute Magenerkrankung bedient sich dieses Symptoms. Bei schleichend verlaufenden Magenaffektionen tritt das Erbrechen an Bedeutung mehr zurück. Habitueller Vomitus kommt eigentlich nur bei Gastrectasie und bei Ulcus ventriculi vor und hat bei beiden deutliche spezifische Merkmale. Bei chronischem Magenkatarrh und bei Carcinom tritt es nur episodisch auf.

Die Natur der erbrochenen Massen belehrt uns leicht darüber, ob im Magen abnorme Gährungs- und Zersetzungsvorgänge stattfinden. Zur Unterscheidung genügt meist ein leistungsfähiges Geruchsorgan. Die weitere Controlle bietet die chemisch-mikroskopische Untersuchung. Beimischungen, welche auf entzündliche oder zerstörende Prozesse im Magen schliessen lassen (Epithelien etc.) müssen selbstverständlich jeden Gedanken an hysterischen Ursprung des Erbrechens verbannen.

Blosse Vermehrung der Magenflüssigkeit, Schleimbeimengung, Aenderung des Salzsäuregehaltes sind vorsichtig zu beurteilen. Erbrochener Schleim ist, wenn er aus dem Magen und nicht etwa aus Mund oder Rachen stammt, nicht ohne weiteres als Kennzeichen von Magenkatarrh aufzufassen. Die Secretion der Magenschleimhaut wird nach Menge und Zusammensetzung durch nervöse Einflüsse reguliert. Hypersecretion und Hyperacidität sind anerkanntermassen nervöse Symptome. Schleimerbrechen kommt bei neurasthenischer und hysterischer Dyspepsie vor. Ob solchen Anomalien ein im Magen selbst localisierter Reflexreiz zu Grunde liegt, muss sich aus anderen Symptomen ergeben. Der Vomitus matutinus potatorum kommt oft ohne jeden Magenkatarrh vor und geht wahrscheinlich vom Gehirn aus; er dürfte als Symptom chronischer Alcoholintoxikation dem Erbrechen bei der Chloroformnarcose zu vergleichen sein. Wenn bei habituellem Erbrechen Verdacht auf Potatorium vorliegt, hat man mehr an nervöse Störungen als an

Magenkatarrh zu denken. Verminderung des Salzsäuregehalts und der peptischen Wirkung kommt bei Constitutionsanomalien öfters vor, ohne dass eine spezifische Magenaffektion anzunehmen wäre. Die Feststellung solcher Feinheiten mag ganz interessant sein, sie wird aber die Differentialdiagnose nur wenig unterstützen, wenn es sich darum handelt, ob nervöses Erbrechen vorliegt oder nicht.

Der Beimischung von Galle zum Erbrochenen kommt ebenfalls eine diagnostische Bedeutung nicht zu. Sie findet sich gewöhnlich, wenn das Erbrechen noch anhält, nachdem sich der Magen schon entleert hat, und kommt besonders häufig bei dem Erbrechen in nüchternem Zustand vor.

Blutbrechen ist für Ulcus ventriculi oder andere zerstörende Prozesse charakteristisch, sofern es in grösserer Menge auftritt. Kleinere punkt- oder streifenförmige Blutbeimischungen können sich bei jeder Art heftigen Erbrechens finden. Bei Behinderung des venösen Blutabflusses aus dem Magen bei gewissen Herzfehlern und insbesondere bei Lebercirrhose ist Haematemese nicht selten. Solche Krankheiten lassen sich aber unschwer feststellen. Ueber das hysterische Blutbrechen, das von manchen, besonders in der Form der Menstruatio vicaria immer noch aufrecht erhalten wird, möchte ich mit eigenem Urteil zurückhalten. Cf. u. a. *Ferran*, Du vomissement de sang dans l'hystérie. Paris 1874.

Die Menge des Erbrochenen ist bei der Hyperemesis hysterica gewöhnlich nur ein Teil der eben genossenen Nahrung. Der Magen der Hysterica hat seine Schuldigkeit gethan, sobald er irgend etwas reproduziert hat. Auf das Quantum kommt es dabei nicht an. Bei Magenleidenden hingegen währt das Erbrechen gewöhnlich so lange fort, bis der empfindliche Magen die Stoffe, mit denen er unzufrieden ist, ganz und gar wieder ausgeworfen hat. Bei den schwersten Fällen nervösen Erbrechens, die eben so gefährlich als selten sind, giebt der Magen alles zurück, was ihm zugeführt wird, und fügt noch eine Unmenge eigenen Sekrets bei. Auch hier ist also die bei Magenkrankheiten gewöhnlich bestehende feste Beziehung der Menge des Erbrochenen zu der Entleerung des Magens verwischt.

Die mehr oder weniger fortgeschrittene Verdauung des erbrochenen Mageninhalts ist diagnostisch insofern von Wert, als sehr grobe Abweichungen vom physiologischen Verhalten die Möglichkeit hysterischen Ursprungs ausschliessen. Die Hyperemesis hysterica bringt die Speisen meist fast unverändert zum Vorschein, da das Erbrochene nur kurze Zeit nach der Nahrungsaufnahme, oft

sofort nach dem Schlucken erfolgt. Es kann aber auch erst längere Zeit, selbst stundenlang nach der Mahlzeit auftreten und so dem Erbrechen bei Gastrectasie täuschend ähnlich werden. Da sich jedoch die Magenerweiterung objektiv nachweisen lässt, ist eine Verwechslung nicht zu befürchten. Rasche Ueberfüllung des Magens infolge zu hastigen Essens und Ueberladung mit an sich unverdaulicher oder wegen ungenügender Vorbereitung durch schlechtes Kauen schwer verdaulicher Nahrung ist in der Aetiologie des habituellen Erbrechens nicht so bedeutungslos, speziell wird die unter der Bezeichnung Rumination beschriebene Form öfter dadurch veranlasst. Ein wesentlicher Unterschied zwischen Rumination und habituellem Erbrechen besteht nicht. Wenn die Speisen bald nach dem Genuss aus dem Magen wieder aufsteigen, ist ihr Geschmack so wenig verändert, dass der betreffende Kranke sich leicht angewöhnt, dieselben wieder zu schlucken. Hingegen wird der bitter und sauer schmeckende schon halbverdaute Speisebrei ausgeworfen. Beide Formen lösen einander ab. In einem Falle wurde beobachtet, wie der Mageninhalt von dem Momente an, wo sein Geschmack durch eine hinzutretende Indigestion widerwärtig wurde, ausgebrochen wurde, während derselbe früher, solange er noch geniessbar schmeckte, wieder geschluckt worden war.

Bei Magenkrankheiten bleibt der Typus des Erbrechens meistens derselbe, so lange in der Art der Nahrungsaufnahme keine Aenderung eintritt. Hält das Erbrechen einen bestimmten Typus nicht ein, oder wechselt es denselben ohne wahrnehmbaren Grund, so ist der Verdacht auf hysterischen Ursprung berechtigt. Zur Gewissheit wird diese Annahme, wenn sich der Typus des Erbrechens nach Zeit des Eintritts, Menge des Erbrochenen u. s. w. durch vorsichtige Unterstellungen beeinflussen lässt.

Vermutet man hysterisches Erbrechen, so wird man genaue Erkundigungen nach der Art der brechenerregenden Nahrungsstoffe anstellen. Bei der Hysterica existiert häufig eine ganz absonderliche Gruppe von Speisen, welche gut ertragen werden und eine zweite ebenso merkwürdige Gruppe von brechenerregenden Nahrungsmitteln. Sind unter den ersteren ein paar schwerverdauliche pikante Speisen, saure Gurken, Häringe u. a., oder unter den letzteren einige leichtverdauliche, reizlose Stoffe, wie Milch und rohes Fleisch, so darf man ohne weiteres nervöse Ursachen annehmen. Von einer Hyperaesthesie kann nicht die Rede sein, wenn sich der Magen die schärfsten und reizendsten Dinge ruhig gefallen lässt, während er sich

gegen milde und zarte Speisen sträubt. Eine Idiosynkrasie in diesem Sinne kann es nicht geben. Wenn jemand auf Erdbeeren oder Krebse Urticaria bekommt, so ist es damit etwas ganz anderes, als wenn jemand erbricht, weil er Fleisch essen soll. So complizierte Idiosynkrasien, welche aller physiologischen Erfahrung zuwiderlaufen, haben ihren Grund in psychischen Einflüssen. Dass jemand auf Copaivabalsam ein Exanthem bekommt, auf Morphium leicht erbricht, ist nicht so sehr wunderbar; aber dass Milch als Brechmittel wirken sollte, wäre unbegreiflich. Wenn eine Hysterica verzehrte Fleischspeisen erbricht, so ist die Ursache dabei so wenig in einer Idiosynkrasie zu suchen, wie wenn es einem gewöhnlichen Menschen von einer gebratenen Ratte übel wird. Nicht die Substanz an sich ist es, welche das Erbrechen erzeugt, sondern die daran geknüpften Gedanken und Gefühle. Natürlich giebt sich die Hysterica selbst über diese psychische Beigabe keine Rechenschaft und wählt den bequemeren Weg, ihrem Magen eine übergrosse Empfindlichkeit gegen schwerverdauliche Speisen zu vindicieren. Bei nervösen Leiden wird aber die Auswahl des Schwer- und Leichtverdaulichen durch den sehr variablen Appetit besorgt, während bei organischen Affectionen die festen physiologischen Gesetze gelten. Ein an Ulcus ventriculi leidender Patient hat wohl manchmal einen heftigen Widerwillen gegen die verordnete Milch, aber er befindet sich ganz gut bei einer zweckmässigen Diät. Bei nervösen Affectionen macht alles dasjenige starke Beschwerden, was der Patient ungern zu sich nimmt. Eine gut arrangierte diätetische Therapie wird das Geheimnis bald enthüllen. Das grosse Publikum ist über die Verdaulichkeit der Nahrungsmittel in althergebrachten Irrtümern befangen, und nichts ist leichter, als die Patienten irrezuführen, namentlich wenn man in der Lage ist, ungewohnte Speisen auf den Tisch zu setzen. Eine Hysterica oder ein Neurastheniker fällt nur allzu leicht auf Kleienbrot oder Austern oder Magenbitter herein, während sich ein wirklicher Magenkranker solche Versuche nicht gefallen lässt. Manche Kranke leben in dem Wahn, alles, was ihr kranker Magen bekomme, müsse Erbrechen erregen, weil derselbe absolut nichts ertragen könne. Es giebt nervöse Kranke, welche selbst Eispillen erbrechen. Die Unkenntnis der physiologischen Gesetze schafft diese Absonderlichkeiten und Uebertreibungen. Patienten, die ihr Conversationslexikon aufmerksam studiert haben, oder solche, an denen schon ein unvorsichtiger College seine belehrende Wirksamkeit entfaltet hat, sind oft schwerer zu erkennen. Sie imitieren die Magen-

krankheit, die ihre Seele erfüllt, oft so talentvoll, dass der grösste diagnostische Scharfsinn sich erschöpft. Es giebt hysterische Kranke, die ihrem habituellen Erbrechen zu Liebe nur von Milch und Fleischpepton oder gar von Eierklystieren leben und Cocaïnpulver und Eispillen als tägliches Brot verschlucken. Es ist ein förmlicher Wettkampf, wenn es sich darum handelt, solche Patienten zu entlarven. Wer mehr Medizin versteht, muss schliesslich gewinnen, und das sollte doch, zufolge seiner Approbation, der behandelnde Arzt sein.

Ein Hauptkennzeichen des gastrischen Erbrechens besteht in den Mühen und Beschwerden, unter welchen dasselbe produciert wird, in der energischen Thätigkeit der erforderlichen Muskulatur, welche die Würgbewegung besonders hervorhebt, und in der begleitenden Uebelkeit. Das Zusammentreffen dieser Momente spricht mit grosser Wahrscheinlichkeit dafür, dass der das Erbrechen auslösende Reiz im Magen zu suchen ist. Das centrale Erbrechen ist allerdings ebenfalls häufig mit sogenannter Uebelkeit verbunden; doch äussert sich dieselbe mehr als Gefühl von Schwäche, Ohnmacht, Schwindel, oder überhaupt in allgemeinerer Form, während ihr die specifischen Lokalcharaktere des Magenursprungs und das Ekelgefühl ganz abgehen. Das subjektive Gefühl unterscheidet beide Arten der Uebelkeit ganz scharf, aber der Sprache fehlt es an ausreichendem Wortschatz. Die Uebelkeit des »Katzenjammers« ist eine ganz andere, wenn der Magen durch schlechtes Getränk verdorben ist, als wenn das Gehirn durch überreichliche Alcoholzufuhr vergiftet ist; in beiden Fällen erfolgt aber Erbrechen. In ähnlicher Weise werden mit dem Worte Schwindel zwei ganz verschiedene Begriffe, Vertigo und Syncope bezeichnet.

Wenn als Kennzeichen des hysterischen Erbrechens die Abwesenheit von Uebelkeit und Ekel angegeben wird, so kann dies weiter nichts bedeuten, als dass dasselbe sich in der Mehrzahl der Fälle nicht dem gastrischen oder pharyngealen, sondern dem sympathischen Typus des Erbrechens anschliesst. Es giebt aber Fälle von nervösem habituellem Erbrechen, die ganz dem gastrischen Typus folgen und doch mit dem gewöhnlichen hysterischen Erbrechen in dem Wesen übereinstimmen. Sehr oft nimmt das ursprünglich mühelose habituelle Erbrechen erst nachträglich die eine Magenkrankheit vortäuschenden Localcharaktere an. Die Patienten bleiben nicht unbefangen ihren Krankheitssymptomen überlassen, sondern machen sich, bald nach altem Aberglauben, bald nach modernen populärmedizinischen Bildungsschriften ein eigenes Urteil zurecht,

das unvermerkt den Krankheitstypus nach dem selbstgewählten Schema modificiert. Das laienhafte Vorurteil supponiert bei habituellem Erbrechen sehr gerne ein Magenleiden, und wenn diese Meinung einmal festsitzt, ist es für die ängstliche Selbstbeobachtung ein Leichtes, die anfänglich fehlenden Symptome zu ergänzen. So wird das hysterische Erbrechen, das früher stylgerecht wie ein Blitz aus heiterem Himmel ins Dasein trat, nun unter quälenden Geburtswehen zur Welt gebracht. Aehnliche irreführende Wirkungen laienhafter Anatomie und Physiologie kann man bei Herzleidenden beobachten. Die mit der allmählichen Erlahmung eines wegen Arteriosclerose oder Lungenemphysem vergrösserten Herzmuskels verbundenen in der »Magengrube« lokalisierten Druck- und Beklemmungsgefühle, die noch dazu während der »Verdauung« stärker anwachsen, erwecken das Trugbild eines quälenden Magenleidens. Der Magen ist nächst den Geschlechtswerkzeugen — entsprechend den zwei grossen Richtungen des Hungers und der Liebe — der bevorzugte Gegenstand hypochondrischen Studiums. Die Furcht vor einem Magenleiden modificiert nicht nur die Form des schon bestehenden nervösen Erbrechens, sie kann es auch von vornherein in Scene setzen. Je unterrichteter die Patienten in physiologischen Dingen sind, desto grössere Schwierigkeiten bereiten sie der richtigen ärztlichen Erkenntnis. Gewöhnlich verrät sich der abnorme Ursprung solcher Magensymptome durch die unzulängliche Uebereinstimmung derselben unter einander und durch die ihnen anhaftende Irregularität.

Wenn das hysterische Erbrechen die Imitation oder, wie man bezeichnender sagen könnte, die Carrikatur einer Magenkrankheit darstellt, ist die Uebelkeit ebenso unentbehrlich wie der Brechreflex selbst. Als ein ebenso wichtiges Glied schliesst sich dann dem habituellen Erbrechen der vielgestaltige Symptomcomplex der nervösen Dyspepsie an. In der Regel besitzen diese subjectiven Beschwerden nicht denselben Grad von Stärke, wie bei wirklichen Magenkrankheiten. Das liegt in dem egoistischen Zug der Hysterie, welcher die äusserlichen Krankheitszeichen markiert, während er die zugehörigen lästigen subjectiven Beschwerden auf das allernotwendigste beschränkt. Die dyspeptischen Klagen werden meist schon von den Laien als blosse Worte ohne ernste Berechtigung erkannt und demzufolge als krankhafte Einbildung zurückgewiesen. In den ausgebildeten Fällen muss man sich hüten, den Kranken nicht Unrecht zu thun. Es fragt sich, ob eine Hysterica vom rechten Schlage nicht Schlimmeres empfindet, als ein Patient mit organischer Magenkrank-

heit. Sie erreicht die Vollkommenheit des ihr vorschwebenden Krankheitsbildes durch eine Art von Selbstbetrug, vermöge dessen sie auch die subjective Belästigung um der Naturtreue der objektiven Wiedergabe willen übernimmt. Die von den Patienten beschriebenen Beschwerden sind äusserst zahlreich. Brennen, Druck, Spannung, Stechen, Krampf wird nach dem Essen in der Magengegend empfunden. Manchmal erweckt schon die Bezeichnung der Sensationen den Verdacht auf ihr imaginäres Dasein, so z. B. wenn die Kranken eine sich herumwälzende Kugel oder etwas wie ein lebendes Tier im Magen zu fühlen glauben. Bei der Palpation erweckt die auf den gefürchteten Ort der Krankheit gerichtete psychische Intention alle möglichen Schmerzgefühle. Der Unterschied von wirklicher Hyperaesthesie, sei es nun die diffuse Druckempfindlichkeit bei Entzündung oder die begrenzte bei Geschwür des Magens, beruht einmal in der Ungenauigkeit und Unsicherheit der Localisation, sodann in der mangelnden Consequenz der Durchführung. Eine unvermutete Prüfung bei abgelenkter Aufmerksamkeit kann plötzlich ganz andere Resultate ergeben. Sind die Patienten nicht sehr misstrauisch, so verrät die variable Natur der betreffenden Empfindungen bald ihre Quelle. Bisweilen ist aber der Scharfsinn eines Untersuchungsrichters zur Entlarvung erforderlich. Eine aufmerksame Prüfung der schmerzhaften Sensationen muss aber die Abtrennung von Ulcus ventriculi möglich machen. Namentlich darf diese genaue Controle nicht verabsäumt werden, wenn das kranke Individuum schon Blut erbrochen hat. Gerade das unter Umständen ganz harmlose Blutbrechen ist am ehesten geeignet, den Patienten und mit ihm seinen Arzt auf Irrwege zu führen. Diffuse Hyperästhesie des Magens kommt bei acuter Gastritis, die ja nicht zu verkennen ist, vor, nicht aber bei chronischem Magencatarrh. Bei Ulcus ventriculi kann sie durch Irradiation, vielleicht auch durch die, wie nachgewiesen wurde, oft damit verbundene reflectorische Vermehrung der Salzsäuresecretion hervorgerufen werden. Multiple kleine Geschwüre müssten ebenfalls diffuse Druckempfindlichkeit erzeugen.

Es würde zu weit führen, wenn ich auf die nicht selten mit der Hyperemesis verbundene nervöse Dyspepsie näher eingehen wollte. Das Gebiet derselben ist bekanntlich schon genugsam bearbeitet. Wenn entwickelte dyspeptische Symptome vorhanden sind, so tritt das Erbrechen naturgemäss mehr in den Hintergrund und vermag die Aufmerksamkeit von Arzt und Patient nicht dauernd zu fesseln. Krankengeschichten dieser Kategorie, in denen habituelles Erbrechen

nur nebensächlich oder episodisch erwähnt ist, hat die Tübinger Klinik in grosser Menge aufzuweisen. Ich habe dieselben, um mich in bescheidenen Grenzen zu halten, nicht weiter berücksichtigt. Das Wesen dieser üppig entwickelten Fälle beruht gewöhnlich in der den Kenntnissen des Patienten entsprechenden Ausmalung einer vermeintlichen Magenkrankheit. In anderen Fällen, die ebenso zu erklären sind, ist die Kunst des Patienten nicht so farbenprächtig, sondern begnügt sich mit der Wiedergabe einzelner Symptome, die dann mit um so grösserem Eifer gezeichnet werden. Diese Patienten haben kein specialistisches Wissen über Magenkrankheiten und werden ihrer künstlerischen Mängel nicht gewahr. Dass das habituelle Erbrechen der Ausfluss hypochondrischer Vorstellungen sein kann, scheinen mir namentlich Fälle zu beweisen, in welchen dasselbe einer vorausgegangenen wirklichen Magenkrankheit auf dem Fusse folgt. So erzählt *Poensgen* einen schönen Fall von einer Dame, die 5 Jahre lang an habitueller Regurgitation der Speisen nach dem Essen litt. Dieselbe war ursprünglich acut erkrankt und hatte damals etliche Zeit an ranzigem Aufstossen, Sodbrennen und Durchfall gelitten. Die Magenkrankheit war aber in Wirklichkeit bald gewichen und nur in der Ueberzeugung der Patientin zurückgeblieben. Die Kranke wurde von Geheimerat *Kussmaul* in kürzester Zeit durch psychische Behandlung geheilt.

Ich habe mich noch mit der sogenannten idiopathischen Hyperaesthesie der Magenschleimhaut auseinanderzusetzen, welche, obwohl sie selbst ein sehr fragwürdiges Dasein führt, auch noch das habituelle nervöse Erbrechen in ihre Gefolgschaft ziehen möchte. Sie würde allerdings eine glatte Erklärung des unstillbaren Erbrechens abgeben, freilich ohne damit selbst verständlicher geworden zu sein. Sie wird von *Stiller*, *Ewald*, *Oser*, *Fenwick* u. A. aufrechtgehalten. Charakterisiert wird sie übereinstimmend als eine gleichmässig für Speisen jeder Natur und Herkunft, auch für reizlose Ingesta geltende Intoleranz. *Rosenheim* [1]), der ihre gesellige Vereinigung mit Chlorose und Anaemie behandelt, vermutet sie durch multiple kleine Erosionen des Epithels erklären zu dürfen und bekräftigt diese Hypothese durch die von ihm beobachtete Wirksamkeit des Argentum nitricum. Damit stellt er seine Fälle dem Ulcus ventriculi, welches in manchen Fällen eine ähnliche Hyperaesthesie bedingen soll, sehr nahe, während er an anderer Stelle die grosse Kluft

1) Berl Klin. Wochenschr. 1890. Nr. 33. Ueber allg. Hyperaesth d. Magenschleimhaut bei Anaemie und Chlorose.

zwischen beiden betont, indem bei Ulcus ein gewisses Verhältnis der Intensität des Schmerzes zur Art der Nahrung bestehe, und nicht wie bei der Hyperaesthesie jedweder eingeführte Fremdkörper dieselben Schmerzen hervorruft. Auch *Oser* [1]) betont dieses wichtige Unterscheidungsmerkmal. Sind wirklich Epitheldefecte die Ursache, so handelt es sich eben um keine Neurose, sondern um etwas, was in die Nähe des Ulcus ventriculi gehört, dessen analoge Symptome durch dieselbe Nervenaction erzeugt werden. Soll aber eine reine Neurose zu Grunde liegen, so kommt es mir sonderbar vor, dass in keinem einzigen der 10 Fälle Zeichen von Neurasthenie oder Hysterie, worauf, wie *Rosenheim* ausdrücklich hervorhebt, sorgfältig geachtet worden sei, vorhanden waren. Auffällig war mir übrigens, dass *Rosenheim* die Exclusion entfernterer Reflexreize, z. B. von den Genitalien aus, nicht ausdrücklich statuiert, was um so nötiger gewesen wäre, als das Erbrechen in einigen Fällen auch bei nüchternem Magen stattfand. Ich glaube trotz alledem an die Existenz einer solchen eigenartigen Hyperaesthesie, nur denke ich mir ihre Entwicklung als ein Product der Psyche und würde ihr, wenn ich Gelegenheit hätte, sie zu behandeln, am liebsten vom psychiatrischen Standpunkt aus näher treten. Gegen die Wirksamkeit des Argentum nitricum habe ich namentlich, wenn es unter dem effectvolleren deutschen Namen »Höllenstein« verordnet wird, gar nichts einzuwenden, nur würde ich es, um nicht künstlich eine andere idiopathische Hyperaesthesie zu schaffen, sehr niedrig dosieren. Ohne mich auf eigene Erfahrung berufen zu können, möchte ich aber als noch verblüffenderes Mittel das »Nitroglycerin« vorschlagen.

Die Magenschmerzen bestehen oft schon in der Ruhe in leichtem Grade, bei Druck werden sie stärker und ebenso nach der Nahrungsaufnahme. So werden sie von den Hysterischen gewöhnlich geschildert. Bemerkenswert erscheint mir dabei, dass ich bei zwei Fällen die Schmerzen durch tiefes Eindrücken in die Magengrube verschwinden machen konnte. Bei Ulcus ventriculi möchte ich diesen Versuch gar nicht machen, und auch bei einer Hysterischen hatte ich den unerwünschten Erfolg, dass dieselbe meine Behandlungsmethode durch sehr enges Schnüren verallgemeinern zu dürfen glaubte. Von Bedeutung ist es, dass man sich gelegentlich überzeugt, wie sehr sich diese Schmerzen durch geschickte dialektische Operationen beeinflussen lassen. Bei einigen Individuen treten die Magenschmerzen mit oder ohne Erbrechen in Anfällen und zwar

1) Die Neurosen des Magens und ihre Behandlung. Wiener Klinik. 1885.

anscheinend ganz unmotiviert auf, um sich den Namen Neuralgia gastrica zu verdienen. Ich kenne einen solchen Fall, der mir um so lehrreicher war, als der neuralgische Anfall jedesmal durch einen kräftigen Aerger hervorgerufen wurde. Der betreffende Herr hatte in diesem Zustand völlige Appetitlosigkeit und nach unvorsichtiger Nahrungsaufnahme Erbrechen. Das war vermutlich der Grund, warum er das Unheil in seinen Magen localisierte. In Wirklichkeit handelte es sich um ein ganz unabgrenzbares viscerales Schmerzgefühl. Wäre dem Patienten der gleichzeitig objectiv wahrzunehmende gespannte harte Puls aufgefallen, so hätte er seine Schmerzen vielleicht in das Herz verlegt.

Alle theoretisch möglichen fundamentalen Störungen der Nervenerregbarkeit werden zur Erklärung des habituellen nervösen Erbrechens herangezogen. Während die Annahme einer Anaesthesie für gewisse mit starker Dyspepsie verbundene Fälle (die uns hier nicht weiter beschäftigen) sich verteidigen lässt und die Hyperaesthesie für ein beschränktes Gebiet schon durch die Anlehnung an Erfahrungen bei anatomischen Magenkrankheiten gestützt ist, scheinen mir diejenigen Hypothesen, welche Krampf- und Lähmungszustände der Muskulatur des Magens zu verwerten suchen, viel weniger Glück zu haben.

Einige Autoren haben sich kurzweg mit einer Parese der Cardia geholfen. Die Cardia muss natürlich auch beim hysterischen Erbrechen eine Rolle spielen, denn ohne Eröffnung der Cardia giebt es überhaupt kein Erbrechen. Eine Insufficienz des automatischen (von *Schiff* experimentell demonstrierten) Abschlusses des Magens nach oben durch die Ringfasern am unteren Ende des Oesophagus müsste allerdings eine abnorme Erleichterung des Austritts von Mageninhalt nach oben herbeiführen. Bei totaler Lähmung würde derselbe bei jeder Inspiration infolge des Uebergewichts des intraabdominalen Druckes über den intrathoracalen in den Oesophagus aufsteigen. Eine pathologische Schwächung der Cardia müsste das Zurücktreten von Mageninhalt in den Oesophagus begünstigen, da schon den ersten Anläufen zu Brechbewegungen kein genügender Widerstand geleistet werden kann. Parese der Cardia wurde zuerst von *Adrien Dumur* [1]) zur Erklärung für die dem hysterischen Erbrechen nahe verwandten Erscheinungen des »Wiederkäuens« oder Merycismus herangezogen. Derselbe schmückt seine Dissertation

1) De la paralysie du Cardia ou Mérycisme.

sogar mit anatomischen Abbildungen. Um eine andauernde Parese kann es sich aber nicht handeln, da ja für gewöhnlich die Cardia sich vollständig schlussfähig erweist und nur ganz vorübergehend, nemlich eben im Momente des Erbrechens, sich zu öffnen braucht. Es müsste eine intermittierende Parese ganz eigentümlicher Art sein, die nur gerade im passenden Momente zum Vorschein käme. Es könnte sich um keinen bleibenden Zustand, sondern nur um eine erst nach Einwirkung eines besonderen Reizes vor sich gehende Aenderung der Erregbarkeit handeln. Die Cardiaparese war eine naheliegende Hypothese, solange man auch die hysterische Aphonie als Stimmbandparese erklärte. Aber auch hier hat sich die Annahme einer peripheren Parese als unzureichend erwiesen und die Aetiologie sich in centralere Regionen des Nervensystems zurückziehen müssen. Die Stimmlosigkeit der Hysterica, welche dem Versagen der Stimme bei Affecten entspricht, ist gleichbedeutend mit Nichtgebrauch der vollen Bruststimme und Ersatz derselben durch die im übrigen ganz normale Flüsterstimme; die Beweglichkeit des Stimmbandes ist ganz gut erhalten. Eine Hemmung oder Lähmung ist gar nicht im Stande, die Cardia zu öffnen, sondern dieselbe thut sich einer activen Muskelcontraction zu liebe auf, wie schon oben festgestellt wurde. Man hätte mit dem gleichen Recht auch einen Cardiaspasmus einführen können, nur dass man statt der beim sogenannten Oesophagismus beteiligten Ringfasern hätte die Längsfasern auswählen müssen. Zu bestimmen, ob das hysterische Erbrechen zu den spastischen oder paretischen Symptomen zu rechnen ist, scheint mir ziemlich bedeutungslos. Das auszumachen kann man ruhig den Physiologen anheimstellen. Es ist Geschmacksache, ob man bei Eröffnung der Cardia das Hauptmoment in der Erschlaffung des Sphincter oder in der Zusammenziehung des Dilatator sieht. Das eine geht jedenfalls aus der klinischen Beobachtung mit unumstösslicher Sicherheit hervor, dass das hysterische Erbrechen nach demselben Mechanismus erfolgt, wie jedes andere Erbrechen. Die Unterschiede liegen in ganz anderen Momenten. Die postulierte Cardiaparese unterscheidet sich, wie alle paretischen Zustände der Hysterischen durch ihren psychischen Gehalt von den gewöhnlichen peripher bedingten. Wollte man das hysterische Erbrechen ein spastisches Symptom heissen, so könnte man ebenso richtig die kunstvollen Triller einer Primadonna klonische Krämpfe nennen. Solche Bezeichnungen sind weiter nichts als eine unpassende Anwendung von Begriffen, die ganz andern Gebieten zugehören.

Ich möchte die Cardia nicht verlassen, ohne noch einen flüchtigen Blick auf eine verwandte Gruppe hysterischer Krankheitsäusserungen zu werfen, bei denen dieselbe wesentlich beteiligt ist: ich meine die ebenfalls habituell auftretende Eructation und Regurgitation. Wenn der Druck im Magen einmal aussergewöhnlich stark angewachsen ist, wird auch beim Gesunden durch eine momentane Lockerung des Cardiaverschlusses der Austritt einer Gasblase oder von Flüssigkeit oder Speisebrei nach oben bewirkt. Das geschieht lediglich durch den mechanischen Effect der abnorm gesteigerten Druckdifferenz zwischen Magen und Oesophagus, welche nach momentaner Ueberwindung des Hindernisses sich ausgleicht. Der Verschluss der oberen Magenpforte bleibt nicht immer gleich fest, sondern lässt zeitweise etwas nach, so dass die Druckdifferenz das Uebergewicht bekommen kann. Eine plötzliche Erschlaffung des continuierlichen normalen Contractionsringes an der Cardia durch reflectorisch angeregte hemmende Innervation würde schwerlich diesen explosiven Effect haben. Auch an eine reflectorische Contraction der Cardialängsfasern ist deshalb nicht zu denken. Nach Ueberladung des Magens durch eine allzu üppige Mahlzeit kommt es leicht zum Aufstossen. Bei den Türken und Arabern soll es sogar durch die Etikette vorgeschrieben sein. Bei starker Gasbildung im Magen nach Genuss kohlensäurereicher Getränke oder bei Gährung des Mageninhalts stellt sich das unästhetische Phänomen gerne ein. Der habituelle Ructus der Hysterischen hat mit diesem Ructus der gewöhnlichen Menschenkinder gar nichts gemein. Die Untersuchungen über diese merkwürdige Affection führte zu der überraschenden Thatsache, dass zwischen beiden nur eine äusserliche Aehnlichkeit besteht. Der hysterische Ructus wird durch rasches Heben des Larynx produciert, wodurch der obere Verschluss des Oesophagus gelöst wird, so dass die Aussenluft mit einem klappenden Geräusch in den Hohlraum einstürzt. Diese Luft wird dann mit einem zweiten Geräusch wieder ausgestossen, ohne dass der untere Verschluss des Oesophagus überhaupt gestört worden wäre. Man kann diese Bewegung ganz leicht erlernen. Der richtige Magenhypochonder verschafft sich gewöhnlich durch solchen Pseudoructus Erleichterung seiner Verdauungsbeschwerden. Bei starker Aufblähung des Magens sucht man ganz unwillkürlich auf ähnliche Weise den krampfhaften Verschluss zu lösen. Der habituelle Ructus der Hysterischen ist entschieden zum Teil willkürlich und absichtlich produciert. Wenigstens macht er auf jeden unbefangenen Beobachter den Eindruck einer guterlern-

ten Kunstfertigkeit oder — milder ausgedrückt — einer schlechten Gewohnheit. Der englische Ausdruck *nervous mimicry* passt ausgezeichnet dazu; denn es handelt sich um eine dem Anschein nach willkürliche Nachahmung eines krankhaften Symptoms, die aber nur unvollkommen gelingt. Bei der unverkennbaren Aehnlichkeit des hysterischen Erbrechens mit dem hysterischen Ructus ist der Schluss berechtigt, dass dem ersteren solche psychischen Elemente zu Grunde liegen, wie sie für das letztere nachgewiesen sind.

Das Erbrechen, welches von den Rachenorganen ausgelöst wird, ist dem Erbrechen mit Magenursprung nahe verwandt. Es charakterisiert sich durch das starke Hervortreten des Würgreflexes und der Ekelgefühle, welche beide so eng verbunden sind, dass sie schon für identisch gehalten wurden. Der Ekel wurde für ein Muskelgefühl ausgegeben und soll durch die Zusammenziehung des Oesophagus entstehen. Beides ist unrichtig. Es handelt sich nicht um den Oesophagus, sondern um die Schlundschnürer, Mm. constrictores pharyngis. Der Oesophagus ist und bleibt ein gewöhnliches Rohr, das höchstens vor anderen Röhren den Vorzug hat, nach zwei Richtungen contractil zu sein; mit psychischen Leistungen hat er nichts zu schaffen. Das Ekelgefühl kann sehr stark werden, bis die Innervation auf die Musculatur überspringt. Andererseits kann man seine Schlundmuskeln bei völligem seelischem Gleichgewicht die ärgsten Sprünge ausführen lassen. Damit will ich freilich nicht abstreiten, dass die beiden Momente so eng als möglich associiert sind; ich läugne nur ihre Identität. Das pharyngeale Erbrechen nimmt auf den Mageninhalt keine Rücksicht, es schont nicht einmal den nüchternen Magen, welchen es unter Umständen zwingt, sein Brechmaterial vom Zwölffingerdarm zu entlehnen. Dagegen steht es in nächster Beziehung zum Schluckact. Jeder Schluck Wasser, jeder Bissen Brot kann den Schlund zur Demonstration seiner geheimen Kräfte aufrütteln. Er haust viel schlimmer als die gekränkte Magenschleimhaut, die ihren Zorn am Ende noch beschwichtigen lässt. Jede Berührung, jede Annäherung fordert seinen Widerstand heraus. Weil das hysterische Erbrechen unter Umständen auch diese Energie zeigt, hat man es in nahe Beziehung zum Schlund und zum Schlingact gebracht, mit Recht, sofern man sich auf einige wenige Fälle beschränkt, und mit Unrecht, sobald man sich auf alle Fälle ausdehnen will. Die Hysterie braucht einen viel weiteren Tummelplatz.

Die von französischen Klinikern [1]) vorgenommenen Versuche der Fütterung durch die Schlundsonde brachten das merkwürdige Factum zum Vorschein, dass dieselbe Kranke, welche wochenlang alles wieder unmittelbar von sich gab, was sie selbst schlucken musste, alles bei sich behielt und sorglich verdaute, was durch die Sonde in den Magen lief. Nachdem diese Eigenheit hinlängliches Aufsehen erregt hatte, stellte sie sich bei anderen Patienten auch ein und forderte schliesslich das theoretische Genie unserer Nachbarn zu der naheliegenden Combination heraus, die Ausschaltung des Schluckvorgangs müsse das rettende Prinzip sein. Richtig ist, dass bei andauernder Brechneigung jede Schluckbewegung die Explosion des lauernden Reflexes auslöst. Wenn aber das Passieren der Speisen durch den Schlund schon Reiz genug ist, um Erbrechen zu erzeugen, warum erzeugt das jedenfalls noch viel widerwärtigere Einführen und Zurückziehen des dicken tube Faucher nicht mindestens dieselbe Störung. Man hat wohl bei Verwundungen des Schlundes durch ätzende Gifte zur Schlundsonde seine Zuflucht genommen, um die Reizung der überempfindlichen kranken Schleimhaut zu vermeiden, sogar das Schlundrohr ganz liegen lassen, um die stete Erneuerung des Würgens beim Wiedereinführen zu ersparen. Wie kann man aber von einer Hyperaesthesie reden, wenn das Schlundrohr schon bei der zweiten Einführung ohne alles Würgen angenommen wird, während sich Patienten mit gesundem Rachen wochenlang alle erdenkliche Mühe geben müssen, um sich an das schreckliche Instrument zu gewöhnen. Man hätte, um consequent zu bleiben, noch einen Schritt weiter gehen und eine Idiosynkrasie gegen essbares Material, sowie eine Immunität gegen Kautschuk supponieren müssen.

Es giebt organische Oesophagus- und Rachenkrankheiten, bei denen jeder Versuch einer Schluckbewegung augenblicklich in eine Brechbewegung ausartet, und wo zweifellos die Steigerung der Empfindlichkeit die Schuld trägt. So war z. B. in einem unserer Fälle, Nr. 4, der Durchbruch eines Abscesses in den Oesophagus die Ursache habituellen Erbrechens. Wenn dieser Fall dennoch als hysterisches Erbrechen erwähnt ist, so hat dies im weiteren Verlauf seinen Grund. Der betreffende Patient, ein verschüchterter junger Handwerksbursche, dessen Psyche durch eine jämmerliche Vorgeschichte ruiniert war, wurde das habituelle Erbrechen nicht mehr

1) Cf. *Hervé de Lavaur.* De la dyspepsie nerveuse. Traitement des Vomissements alimentaires par le lavage de l'estomac et l'alimentation artificielle. Paris 1885. *Deniau,* Hysterie gastrique. Paris 1883.

los, auch nachdem die Wunde im Oesophagus längst geheilt sein musste. Gerade dieser Fall ist trotz seiner ursprünglich anatomischen Begründung ein schönes Beispiel für die psychische Entstehung des hysterischen Erbrechens.

Auch der chronische Rachenkatarrh bringt eine Art habituellen Erbrechens zu Wege. Das im Retronasalraume haftende zähe Secret, welches sich während des Schlafes reichlich angesammelt hat, wirkt störend, sobald nach dem Aufstehen ausgiebiger geatmet werden muss, und ruft dann Würgbewegungen hervor, die, wenn sie lange erfolglos bleiben, sich leicht zum Erbrechen steigern. Manche Patienten haben schliesslich ihren Vomitus matutinus ebenso regelmässig, wie sie jeden Abend im Tabaksqualm zubringen. Die Aetiologie ist in diesem Falle so durchsichtig, dass eine Verwechslung nicht möglich ist. Die differentielle Diagnose kommt erst in Frage, wenn die Hyperaesthesie nicht als Complication anatomischer Rachenerkrankung auftritt.

Bei völliger Intactheit der Schleimhaut soll eine ähnliche Hyperaesthesie vorkommen, wie bei Verbrennung, Aetzung und Verwundung derselben. Eine solche idiopathische Hyperaesthesie hat, wie in anderen Körperregionen, so auch hier eine sehr fragliche Existenzberechtigung. Ich möchte der Vermutung Ausdruck geben, dass sie meist psychisch bedingt ist. *Jurasz* [1]) beschreibt Zustände von Hyperaesthesie des Rachens, bei welchen es gar keiner direkten Reizung der Schleimhaut bedarf, sondern schon blosse Annäherung eines Gegenstandes genügt, um heftiges Würgen und Erbrechen zu erzeugen. Solche Hyperaesthesie soll sich gerne an Dentition, Menstruation, Gravidität anschliessen, bei anaemischen, chlorotischen, phthisischen Personen häufiger vorkommen und gewöhnlich nur ein Symptom von Hypochondrie und Hysterie sein. Auch bei völlig gesunden, nicht nervösen Menschen soll sie unter dem Einfluss eines übermässig starken Gemütsaffektes sich plötzlich entwickeln können. In ganz derselben Weise soll sie auch als Complication zu örtlicher Rachenerkrankung dazutreten können. Ich glaube nicht, dass solche Fälle der Hyperemesis zugeteilt würden. Ich erwähne sie nur als Uebergangsformen, um die grosse Variabilität der Quellen habituellen Erbrechens nach allen Seiten hin festzustellen. Sie sind mir um so interessanter, als der Autor, der sie beschreibt, die Möglichkeit eines rein psychischen Ursprungs scharf betont. »*Die blosse Vorstellung,*

1) Ueber Sensibilitätsneurosen des Rachens und des Kehlkopfs; in Volkmanns Sammlung.

welche unter dem Einfluss einer starken Intention des Geistes vom Bewusstsein in die Peripherie verlegt wird, ist mächtig genug, die verschiedenen Empfindungen im Rachen und Kehlkopf hervorzubringen. Wenn momentane Gemütsaffekte zur Paraesthesie führen, verwandelt die Intention des Geistes, im Augenblicke der Katastrophe auf die betreffenden Organe gerichtet, die blosse Vorstellung in eine reale Empfindung, die dann ihrerseits wieder als Reiz wirkend die momentane Geistesstimmung in eine dauernde verwandelt.« Bei Anaemie und Chlorose hält *Jurasz* periphere und centrale Reize nicht für ausgeschlossen, meint aber, wenn auch ein wirklicher Reiz in den Leitungsbahnen nachzuweisen sei, reiche derselbe nicht aus, um die abnorme Sensation zu erklären. »*Der Reiz kann vielmehr in solchen Fällen nur eine Gelegenheitsursache abgeben, die eigentliche Quelle aber kann ebenfalls im Bewusstsein gelegen sein. Wenn schon unter normalen Verhältnissen (bei Gemütsbewegungen) der psychische Effect einer bestimmten Leitung durch die Zustände der Nervencentren modificiert wird, so muss dies um so mehr bei einem krankhaft erregten Vorstellungsvermögen der Fall sein.*« Dieser Ursprung erklärt auch, warum die sonst so wirksamen localen Anaesthetica Bromkali und Cocaïn versagen. Nur kleine Verschiedenheiten der für die Entstehung der Hyperaesthesie massgebenden Vorstellungen bedingen die specielle scheinbare Localisation derselben im Rachen oder im Kehlkopf. Ganz dieselbe Pathogenese wie *Jurasz* für seine Fälle von Rachenhyperaesthesie möchte ich für viele Fälle von habituellem Erbrechen beanspruchen, besonders für solche, bei welchen jede Speise ohne Unterschied erbrochen wird. Die Unmöglichkeit einer peripheren Lokalisation dieses Leidens ist oft ganz ausgesprochen.

Einem weiteren Concurrenten des hysterischen Erbrechens kommen wir noch in demselben Territorium auf die Spur, der Dysphagia spastica. Die gewöhnliche Ansicht localisiert die Störung eine Spanne weiter unten als Oesophagismus. Ich vermute, dass es sich dabei um dieselbe Empfindung handelt, die auch Gesunde bei Gelegenheit eines kräftigen Aergers hin und wieder kennen lernen. Nach meinem Gefühl sind es die untersten Bündel der Schlundschnürer, welche sich contrahieren. Bisweilen freilich schliesst sich noch eine besondere Empfindung an, welche tiefer nach unten verlegt wird. Dieselbe tritt auch leicht auf, wenn man einen unbequemen Bissen oder einen Knochensplitter oder eine Gräte mühsam verschluckt hat. Es ist eine Empfindung, als ob tief innen im Schlund ein fester Gegenstand eingekeilt wäre. Hysterische Kranke liefern sehr phan-

tasievolle Beschreibungen davon. Ich war gewohnt, dieses Gefühl als Paraesthesie aufzufassen und das Steckenbleiben des Bissens im Halse für eine blosse Täuschung zu halten, da ich mich wiederholt überzeugte, dass der Oesophagus, wenn weitergeschluckt wird, durchgängig ist, obwohl das Gefühl fortbesteht. Mehrere Autoren versichern aber die Oesophagusconstriction mit der Sonde nachgewiesen zu haben. Ich habe bei der Sondierung, auch wenn hysterisches Globusgefühl geklagt wurde, nach Passieren des Kehlkopfs nie ein Hindernis gefunden, wohl aber ist mir die Pharynxconstriction bei Patienten, die zwangsweise zur Fütterung sondiert werden, öfters lästig geworden. Wenn ein Krampf am unteren Ende des Oesophagus thatsächlich besteht, muss natürlich ebensogut wie bei narbiger oder krebsiger Oesophagusstrictur eine Regurgitation der Speisen, ein Vomitus oesophageus seu spurius erfolgen. *Rosenthal* [1]) z. B. unterscheidet von den Schlingkrämpfen in den Pharynxmuskeln die Krämpfe im unteren Teil des Oesophagus und behauptet, dass es bei gewissen Formen des Schlundkrampfes durch Constriction der tiefen Speiseröhrenmuskeln, vielleicht auch der Kreisfasern der Cardia zu Regurgitation und Erbrechen der eingenommenen Nahrung komme. Ich ergreife mit Freuden diese Gelegenheit zur Bereicherung der Liste von Ursprungsmöglichkeiten des habituellen nervösen Erbrechens, allerdings nicht ohne mich gegen die einseitige Auffassung einiger (englischer) Autoren zu verwahren, welche gestützt auf ihre Erfahrungen den Oesophagus zum ausschliesslichen Sündenbock für das hysterische Erbrechen machen wollen. Eine solche Ausdehnung dieser jedenfalls seltenen Fälle ist eine ungerechtfertigte Uebertreibung. An Oesophagismus kann man höchstens dann denken, wenn die Speisen augenblicklich nach dem Schlucken wieder aufsteigen. Wenn aber die Regurgitation erst eine halbe Stunde nach dem Essen erfolgt, muss sie doch wohl eine andere Ursache haben. *Ebstein* [1]) beschreibt eine Regurgitation von genossenen Speisen sofort nach dem Verschlucken ohne Oesophagusstrictur, ohne Hindernis für die Sonde, und schliesst daraus auf eine übergrosse Empfindlichkeit des Magens, die z. B. durch den Reiz kalten Wassers entstehen soll. Auf wie unsichern Füssen der Oesophagismus bei diesen Behinderungen des Schlingens steht, beweist die gegenteilige Ansicht, welche die Dysphagia hysterica als Schlundlähmung auffasst. Vielleicht sind gar beide Ansichten berechtigt, indem sich die Erschlaf-

1) Handbuch der Diagnostik und Therapie der Nervenkrankheiten Erlangen 1870.

fung der einen Muskelgruppe mit der Contraction der anderen combiniert.

Interessant scheint mir die nahe Beziehung der Dysphagia spastica, des Oesophagismus und Globus, auch der Aphonie zum hysterischen Erbrechen, weil sie auf eine besondere Disposition der Vagusgruppe hinweisen. Ganz ähnliche Innervationsstörungen im Vagusgebiete sind als Begleiterscheinungen und Ausdrucksformen von Affecten bekannt. Diese Analogien bestärken die Annahme eines psychischen Ursprungs der Symptome auch bei der Hysterie. Jedenfalls ist eine solche Annahme leistungsfähiger, als das nichtssagende Schlagwort »Vagusneurose«.

Ich kann mir nicht versagen, schon an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass Hyperaesthesie oder Krampf des Schlundes oft nur scheinbar besteht. Die Kranken fangen an zu würgen, sobald ein Schluck Flüssigkeit oder ein Bissen fester Nahrung sich anschickt, ihren Schlund zu passieren. Dabei ist aber Sensibilität und Motilität des Rachens und Schlundes ganz normal. Die Reize werden regelrecht nach den Centralorganen fortgeleitet. Dort erst treffen sie auf krankes Gebiet. Der Defect in der Maschine ist das, was wir mit verschiedenen Ausdrücken je nach der Intensität Appetitlosigkeit, Uebelkeit, Ekel nennen. Dieses Symptom hat immer die Eigentümlichkeit, dass es vorzugsweise oder ausschliesslich bei Gelegenheit der Nahrungsaufnahme zum Vorschein kommt. Ein leichter Grad des Ekels macht, so lange man Ruhe hält, keine äusseren Symptome, nur beim Versuch der Nahrungsaufnahme zeigt sich die Störung. So kann dann leicht die Verwechslung entstehen, als ob die Arbeit des Schlingens die Schuld an der schlimmen Reflexwirkung trüge.

Das Erbrechen durch Reizung vom Darmkanal aus verbindet sich zumeist mit deutlichen örtlichen Kennzeichen und besitzt immer eine nachweisbare Beziehung zur Nahrungsaufnahme oder zum Transport des Darminhalts. Wenn die Reizung von anderen Unterleibsorganen ausgeht, ist diese Beziehung weniger deutlich. Während das Erbrechen bei den meisten acuten Erkrankungen des Darms, des Peritoneums, der Leber und Gallenwege, Milz und Nieren ein sehr aufdringliches Symptom ist, kommt es bei den chronischen Krankheiten derselben Organe selten vor und fast nie in habitueller Form. Trotzdem darf man es bei keinem Falle von habituellem

1) Volkmanns Sammlung I. pag. 705.

Erbrechen versäumen, die Unterleibsorgane aufs genaueste zu untersuchen. Auch wenn das Resultat dieser Prüfung wiederholt negativ ausfällt, sind noch sorgfältige Erwägungen nötig, um alle Möglichkeiten verborgener Erkrankungen der Baucheingeweide auszuscheiden, da dieselben zum Teil sehr schwer zu erkennen sind. Man hat deshalb, um allen Vermutungen verborgen bleibender organischer Krankheitsquellen, welche zu habituellem Erbrechen führen könnten, ihre Berechtigung zu rauben, die bestimmte Aufgabe, sich nicht lediglich auf die Diagnose durch Exclusion zu beschränken, sondern den Nachweis positiver Merkmale für die nervöse Natur des Leidens zu liefern und muss von Anfang an darauf ausgehen, einige der Eigentümlichkeiten aufzuspüren, durch welche sich rein nervöse Symptome verraten. Ich verzichte natürlich darauf, alle differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Krankheiten der Baucheingeweide aufzuzählen, und begnüge mich, einzelne Punkte hervorzuheben, auf die man, wie ich glaube, ein scharfes Augenmerk haben muss.

Kleine Hernien können sehr leicht übersehen werden. Namentlich kommt es bei den Schenkelbrüchen der Frauen manchmal zu empfindlichen Störungen, ohne dass die Kranke etwas von ihrem Leiden weiss. Wenn nur ein kleines Darmdivertikel oder ein blosses Netzstück in den Schenkelkanal eingezwängt ist, bleibt natürlich der Darm wegsam, so dass weder Obstruction noch Ileus eintreten. Wenn die Einklemmung nicht zu stark wird, braucht es nicht zu Nekrose oder Entzündung zu kommen. Handelt es sich um blosse Zerrung, so kann auch die örtliche Druckempfindlichkeit ausbleiben. Und so kann unter Umständen einzig und allein hartnäckiger Brechreiz vorhanden sein. Die gelungene Reposition muss dann das immer wiederkehrende Erbrechen beseitigen. *H. Lebert* [1]) erwähnt einen Fall, wo das Erbrechen durch eine kleine Hernie der Linea alba oberhalb des Nabels unterhalten wurde und nach Anlegung einer passenden Bandage aufhörte.

Auf ähnliche Weise können innere peritonitische Verwachsungen durch Zerrung und Strangulation Erbrechen hervorrufen. Gewöhnlich bleiben sie freilich ganz symptomlos, aber nach Diätfehlern, starken Rumpfbewegungen, Erschütterungen des Körpers können sie sich plötzlich bemerklich machen. Schon solche Anlässe müssen Verdacht erregen. Sollte auch der örtliche Befund nicht charakteristisch sein, so würden doch die begleitenden Kolikschmerzen und Störungen der Fortbewegung des Darminhalts einen passenden Finger-

1) Die Krankheiten des Magens. Capitel III. Neurosen.

zeig abgeben. Die Anamnese, bei deren Aufnahme man sich genau nach Ulcus ventriculi, Typhlitis, Parametritis, Cholelithiasis u. a. erkundigen wird, führt zu weiterer Sicherheit. Schliesslich giebt der Verlauf und der Erfolg der Therapie den Ausschlag, so dass eine Verwechslung vermieden werden kann. Aber auch für den Fall, dass Krankheiten vorangegangen sind, welche peritonitische Verwachsungen und Narbenbildungen zur Folge haben können, ist noch zu untersuchen, ob nicht ein auffallendes Missverhältnis zwischen dem anzunehmenden Grad der anatomischen Störung und der Stärke der functionellen Schädigung oder eine Incongruenz von verschiedenen Einzelsymptomen, welche nach physiologischen Gesetzen gleichwertig sein müssten, festzustellen ist, so dass die Diagnose auf nervöse Uebertreibung der Krankheitserscheinungen zu stellen wäre.

Ich kenne einen Fall von recidivierenden Kolikanfällen nach alter Typhlitis, wo mir die von einem anderen Arzt auf perityphlitische Verwachsungen gestellte Diagnose mit der Beobachtung unvereinbar erscheint, dass das Wiederaufflackern der alten Krankheitserscheinungen sich nicht bloss an Diätfehler oder mechanische Erschütterungen anschliesst, sondern auch heftigen Gemütsbewegungen folgt. In der Ileocoecalgegend war während der Anfälle, die ich selbst sah, nichts Abnormes zu palpieren. Dass die üblichen Mittel, Opium und Eisbeutel, prompte Wirkung entfalteten, scheint mir nichts gegen die Existenz eines psychischen Ursprungs der Anfälle zu beweisen, denn dem Kranken war die Wirksamkeit derselben von der früheren Typhlitis her noch bekannt und wurde zuversichtlich erwartet.

Gesetzt, die beobachteten Krankheitserscheinungen — sei es nun nervöses Erbrechen oder irgend etwas anderes — entbehren jeder localen organischen Begründung, während man weiss, dass das betreffende Individuum über die Erinnerungsbilder der früher in anatomischer Echtheit durchgemachten Erkrankung verfügt, so ist die Möglichkeit nicht abzuweisen, dass auch bei rein psychischem Ursprung der Erscheinungen eine getreue Copie der echten Krankheitsbilder zu Stande komme. Es wäre im Gegenteil eher zu verwundern, wenn es anders sein sollte, da das Individuum durch innere Notwendigkeit gezwungen ist, bei sich bietender Gelegenheit seine alten Erfahrungen zu verwerten. Wenn nun aber die Natur der Krankheit objective Symptome gar nicht zu liefern braucht, ist die Entscheidung eine sehr schwierige. Eine Person, die in ihrer Jugend

eine schwere Typhlitis oder ein Ulcus ventriculi überstanden hat, kann freilich ein greifbares Andenken in Form von peritonitischen Narben zurückbehalten haben; aber ebenso gut kann die Heilung tadellos gelungen sein. Ein anderes Ueberbleibsel aber ist für beide Fälle unvermeidlich, wenn es sich nicht um ein ganz stumpfsinniges Wesen handelt. Die Eindrücke, welche eine mit wochenlangem habituellen Erbrechen, mit strengster Bettruhe und reiner Milchkost, mit sorgsamer ärztlicher Ueberwachung und ängstlicher Geschäftigkeit der Angehörigen verbundene Krankheit in einem empfänglichen Kindergemüt zurücklässt, müssen für lange Zeit unverwischt haften und können durch eine passende Veranlassung leicht wieder zu vollem Leben erweckt werden.

Eine weitere Gruppe von Störungen des Darmkanals, die habituelles Erbrechen erzeugen sollen, sind die von den verschiedenen Fremdkörpern, unverdaulichen Speiseresten, harten Kotballen, Eingeweidewürmern etc. ausgehenden Reizungen.

Die chronische Obstipation fehlt fast in keinem der Fälle. Würde man ihr eine genügend grosse Reizwirkung zuerkennen, so könnte man in Ermanglung eines besseren aetiologischen Moments aus ihr den gesuchten Reflexreiz ableiten, und die einfache glatte reflectorische Neurose wäre fertig. Unter den angehängten Krankengeschichten findet sich ein Fall (No. 8), bei dem das Colon transversum mit einem Kottumor so stark gefüllt war, dass der behandelnde Wundarzt die Frau zur Operation eines »Magenkrebses« in die Klinik schickte. Es erforderte gewaltige Arbeit, bis der Leib dieser Patientin wieder seinen richtigen Inhalt beherbergte. Das Erbrechen blieb aber gänzlich unbehelligt von der Befreiung des Darmes und wurde durch paedagogische Eingriffe geheilt. Es gab eine Zeit, wo die Aerzte noch den Urin kosteten und von Geruch und Klangfarbe der Flatus Kenntnis nahmen; damals wurde auch der Inhalt des Nachtstuhles emsig geprüft und grosse Kolben voll Laxantien verordnet. Unser Landvolk meint heute noch, die Stuhlverhaltung sei an gar vielem Uebel schuld, und preist Tier- und Menschenärzte, welche diesen Kapitalschaden effectvoll zu heilen verstehen. Auch in der Litteratur erhebt die Koprostase anspruchsvoll das Haupt. Hat sie doch das Glück einer umfangreichen Monographie erlebt. Alle mögliche Schlechtigkeit wurde ihr auf den Hals geladen; warum sollte sie nicht auch habituelles Erbrechen auf dem Gewissen haben? Uebelkeit und Brechreiz gehören jedenfalls zu denjenigen Symptomen, die sie am ehesten zu schaffen ver-

mag. Ich gebe gern zu, dass schwere Obstipation bei einem besonders empfindlichen Individuum hie und da einmal wirkliches Erbrechen erzeugen mag. Aber als alleinige Ursache des oft jahrelang andauernden habituellen Erbrechens macht sie sich doch zu kläglich. Schon die oft beobachtete Erfolglosigkeit der evacuierenden Therapie belehrt über die untergeordnete Bedeutung der Koprostase. Sie ist von Wert als ein Zeichen nervöser Schwäche, als Beweis für die unzweckmässige Lebensweise des Kranken, sie ist wichtig als Gelegenheitsursache und disponierendes Moment; aber der Kern des habituellen nervösen Erbrechens liegt in der Psyche. Die an sich mässige körperliche Affection, bietet einen Angriffspunkt für die vorher verborgene Krankheitssucht, und so wird — wenn ich so sagen darf — die Localisation der Hysterie geboren; das Kind gedeiht und kann bald genug ohne seine Eltern selbständig weiterleben. Jede Störung der Darmfunctionen, namentlich auch der hartnäckige Meteorismus muss natürlich sorgfältig berücksichtigt und beseitigt werden, wenn man dem hysterischen Erbrechen mit Erfolg zu Leibe gehen will.

Eine andere Quelle für Reflexneurosen bietet der Darmkanal, wenn er Parasiten (Spul- und Bandwürmer) beherbergt. Ich konnte mich selbst überzeugen, dass diese ungebetenen Gäste sich nicht immer ganz harmlos betragen. Als ich mitten im Staatsexamen stand, machte mich ein stets sich wiederholender sonst unmotivirter Brechreiz auf das Dasein einer Taenia mediocanellata aufmerksam, die ich dann alsbald verjagte. Bis zum Erbrechen habe ich es aber nie gebracht. Ich würde jedoch eine schwere Helminthiasis als Ursache von habituellem Erbrechen bei schwächlichen und nervösen Individuen gelten lassen. In einer unserer Krankengeschichten (No. 7) sind einige Spulwürmer erwähnt, nach deren Abgang das Erbrechen aufhörte. Ob die sonst so unschuldigen Tierchen in diesem Falle wirklich das habituelle Erbrechen zuwegebrachten, erscheint mir sehr fraglich. Viel wahrscheinlicher dünkt mich die Annahme, dass bei der Heilung ein psychisches Mittel im Spiele war, und dass das Santonin nur indirect wirkte, indem die Kranke in den abgegangenen Ascariden eine handgreifliche Causa morbi erblickte, nach deren Entfernung sie doch wohl gesund werden musste. Bei kleinen Kindern, bei denen ja die Reflexerregbarkeit sehr gut entwickelt ist, betont *Lebert*[1]) ausdrücklich die grosse Seltenheit des durch Darmparasiten

1) Ueber Entozoen im Kindesalter; in *Gerhardt's* Handbuch der Kinderkrankheiten.

hervorgerufenen Erbrechens und Durchfalls. Jedenfalls dürften dabei andere Begleitsymptome, Kopfweh, Schwindel, Uebelkeit und Ekelgefühl nicht wohl ausbleiben. Bei unserer Patientin wurde aber trotz der Ascariden nur das gewöhnliche mühelose »hysterische« Erbrechen beobachtet.

Erwähnen möchte ich noch, dass bei Hysterischen im Verlauf des Darmkanals spastische Einschnürungen etwa analog dem Oesophagismus vorkommen sollen, welche bis zum Koterbrechen führen sollen. Mir stehen darüber eigene Erfahrungen nicht zu Gebote.

Die Leber- und Milzkrankheiten (namentlich Infarcte), welche bei der Diagnose nervösen Erbrechens ausgeschlossen werden müssen, kann ich hier nicht behandeln. Ihre Diagnose ist sehr schwierig und stützt sich auf kunstgerechte physikalische Untersuchung. Zu achten wäre namentlich auch auf die Exclusion der charakteristischen aetiologischen Momente (Herzfehler etc.).

Zu den Nierenkrankheiten hat das habituelle Erbrechen nur lockere Beziehungen, wenn es in einer so ungefährlichen Form auftritt, dass der Verdacht der rein nervösen Natur vorliegt. Echtes uraemisches Erbrechen ist ein äusserst schweres Symptom, das stets noch eine ganze Reihe bedenklicher Begleiter hat. Ich könnte mir nicht denken, aus welchem Grunde diese alle ganz wegbleiben sollten, wenn eine mässige Uraemie als Grundlage von habituellem Erbrechen gelten soll. Auch die eventuelle Annahme einer Ausscheidung zurückgehaltener Harnbestandteile durch die Magenschleimhaut könnte ohne dyspeptische Beschwerden nicht bestehen. Der Urin wurde in unseren Krankheitsfällen stets untersucht. In Fall No. 3 wurden vorübergehend mässige Mengen von Eiweiss gefunden. Dieser transitorischen leichten Albuminurie kann aber wohl eine besondere Bedeutung nicht beigelegt werden, umsomehr als sonst kein aetiologisches Moment für eine Nierenkrankheit vorlag. Albuminurie und Uraemie sind einander freilich nicht genau proportional. Auch aus der Energie der Wasserabscheidung lässt sich kein sicherer Schluss auf die specifische Secretion ziehen. Ich habe einen Fall von Granularatrophie bis zum Ende beobachtet, wo in mehreren uraemischen Anfällen reichliche Urinmengen abgesondert wurden und auch der Eiweissgehalt, der sich stets annähernd proportional zur Menge und Concentration des Urins verhielt, nicht auffallend vermehrt war. Derselbe Patient hatte zweimal schwere hydropische Zustände mit anhaltender Verminderung der Urinmenge überstanden,

ohne dabei eine stärkere Bewusstseinstrübung zu zeigen. Bei dem letzten Anfall, der sich bei ganz guter Herzthätigkeit sehr rasch entwickelte, hatte ich, verführt durch eine linkseitige Hypoglossus- und Facialislähmung, die Diagnose einer Gehirnapoplexie gestellt, welche durch die Obduction nicht bestätigt wurde. So wenig aber die Albuminurie als Gradmesser für die uraemische Intoxication benützt werden darf, so wenig ist es, wenn man über eine längere Beobachtungszeit verfügt, denkbar, dass die Albuminurie ganz unscheinbar bleibt, während Uraemie es bis zum habituellen Erbrechen bringt. Das wichtigste Unterscheidungsmerkmal aber gibt, wie schon bemerkt, die Art des Erbrechens. Das uraemische Erbrechen wird seinen ernsten toxischen Ursprung nie verläugnen.

Nierensteine können bei habituellem Erbrechen nicht in Betracht kommen, wenn die charakteristische Kolik fehlt. Sollte je ein Zweifel bestehen, so muss eine consequente Urinuntersuchung bald die Aufklärung bringen.

Auch die Lunge soll merkwürdigerweise zu dem habituellen Erbrechen in Beziehung stehen. Bei Phthisikern soll, ganz ähnlich wie Singultus beobachtet wird, auch unstillbares Erbrechen vorkommen. Um dies zu erklären, wurde eine kühne Hypothese ersonnen. Der auslösende Reiz soll sich auf dem Wege zum Hustencentrum auf andere Vagusbahnen verirren und so zum Brechcentrum gelangen. Meine anatomischen Kenntnisse sind nicht so detailliert, dass ich auf diese ungewöhnlichen Wege folgen möchte. Erbrechen als Abschluss eines heftigen Hustenanfalls ist mir wohl bekannt und wohl verständlich, aber an Erbrechen als Ersatz für Husten mag ich vorläufig nicht glauben. Auf diese Reflexneurose bauend könnte man eine Menge von Fällen habituellen Erbrechens als beginnende Phthise oder als latente Tuberculose in Anspruch nehmen. Unter unseren Krankengeschichten sind einige, welche in dieser Hinsicht für verdächtig gelten könnten. Ich halte mich nicht für verpflichtet, sie auszuscheiden. Warum sollen bei der ungeheuren Verbreitung der Tuberculose unter einer Anzahl von Neuropathikern oder beliebigen anderen Zusammenstellungen nicht auch einige Phthisiskandidaten mit unterlaufen. Ich gebe noch mehr zu, als dies bloss zufällige Zusammentreffen. Man wird wohl annehmen dürfen, dass das Tuberkelgift eine ganz specielle Schädlichkeit für die nervösen Centralorgane ist. Jeder Laie kennt die übergrosse nervöse Reizbarkeit der Phthisiker. Wenn man die Schilderungen der heri-

ditären Disposition zur Tuberculose durchsieht, findet man eine Menge von Eigentümlichkeiten, die nichts anderes sind, als Zeichen schwerer nervöser Belastung. Mit Rücksicht darauf ist es einigermassen gerechtfertigt, bei habituellem nervösem Erbrechen so gut wie bei anderen nervösen Symptomen an die verborgene Thätigkeit des Tuberkelbacillus zu denken. Dass die Phthise bei disponierten Individuen die Entwicklung neurasthenischer und hysterischer Symptome begünstigt, ist eine längst bekannte und nahezu selbstverständliche Thatsache. Nur bei sehr weit fortgeschrittener Tuberkulose bleibt die Möglichkeit offen, dass der Bacillus selbst mit dem habituellen Erbrechen (durch Vagusneuritis oder Meningitis, durch Peritonitis oder Darmamyloid) etwas zu schaffen habe. Solche Fälle gehören natürlich nicht hierher. Wenn eine allgemeine Neurose bei einem Phthisiker zu habituellem Erbrechen führt, bleibt die Entstehungsweise und Heilungsaussicht so ziemlich dieselbe, wie bei jeder uncomplicierten Neurose. Im therapeutischen Plan werden eben beide Krankheiten Berücksichtigung finden müssen.

Unter allen Organen und Apparaten des menschlichen Körpers haben die innigsten und vielseitigsten Beziehungen zum habituellen Erbrechen die Geschlechtswerkzeuge.

Wenn von habituellem Erbrechen die Rede ist, wird jedermann gleich an eine bekannte und häufige Form desselben denken. Ich meine das Erbrechen der Schwangeren. Nicht mit Unrecht liessen sich von den mannigfachen Erklärungsversuchen über diesen merkwürdigen Vorgang wertvolle Aufschlüsse über das Wesen des hysterischen Erbrechens erwarten. Die Gynaekologen waren in der Annahme eines reflectorischen Ursprungs des Vomitus gravidarum aussergewöhnlich einig und zersplitterten sich nur wieder auf der Jagd nach dem speciellen Reflexreiz. Die grosse Mehrzahl ist geneigt, das rasche Wachstum des Uterus und die Congestionen der Beckenorgane als mechanisches Moment für die Störung des Friedens im sympathischen Nervengeflecht verantwortlich zu machen. Deshalb erfolge das Erbrechen auch zunächst am frühen Morgen bei nüchternem Magen, solange der gefüllte Mastdarm und die gefüllte Blase den fortwährend bestehenden Reiz noch verstärken. Sobald der Vomitus auch am Abend oder während der Nacht eintritt, besonders wenn er nach den Mahlzeiten sich einstellt, hat er Anspruch auf den griechischen Titel Hyperemesis, der ihn ins pathologische Gebiet erhebt. Dieselbe Ehre wird ihm zu Teil, wenn er

sich mit einer Störung des Appetits verbindet, wozu er unter gewöhnlichen Umständen nicht berechtigt ist. Die gesunde Schwangere lässt sich nach kaum vollbrachtem Vomitus ihr Frühstück behaglich schmecken und verschmäht Mittags ihren Braten nicht, wenn sie auch eben die Suppe wieder heraufgewürgt hat. In der zweiten Hälfte der Schwangerschaft gewöhnt sie sich die Untugend des Erbrechens rechtzeitig wieder ab, indem zugleich ihr Uterus aus dem engen kleinen Becken in die weite Abdominalhöhle herauf schlüpft, wo er sich über Platzmangel zunächst nicht mehr beklagen kann. Die schlimmen Fälle, in denen der Vomitus diese physiologischen Grenzen überschreitet und sein armes Opfer fort und fort quält, werden vom Fachmanne mit Geduld und Ausdauer so lange untersucht, bis irgend ein ganz aussergewöhnliches Irritament sich herausstellt. Einigemale haben freilich auch sehr geschickte Finger auf diesen schönen Erfolg verzichten müssen, und ich trage kein Bedenken, gerade diese Fälle für besonders wichtig zu halten.

Bei habituellem Erbrechen ausserhalb der Schwangerschaft wurden allerlei pathologische Veränderungen des Uterus und seiner Anhängsel beobachtet, die in irgend einer Weise als Quelle des Brechreizes sich deuten liessen. Ich will die lange Liste dieser Affectionen nicht aufzählen. Sie haben nur die eine Eigenschaft gemein, dass sie sämtlich anerkanntermassen auch ohne die unwillkommene Begleitung der Hyperemesis auftreten, oft sogar ein so verborgenes Dasein führen, dass sie nur durch einen Zufall entdeckt werden. Wenn in Gesellschaft des habituellen Erbrechens stärkere Menstruationsanomalien sich befinden, und besonders wenn andere klassische hysterische Symptome, Clavus, Globus, Aphonie, Convulsionen u. s. w. vorhanden sind, ist eine Untersuchung der Genitalien sehr gebräuchlich. Trifft es sich dann, dass eine solche Frau Gonokocken oder anderes Ungeziefer beherbergt oder einen krummen Uterus oder ein unvorschriftsmässiges Ovarium mit sich herumträgt oder sich sonst irgendwie von dem idealen Touchierbefund emancipiert, so glaubt Mancher den Schlupfwinkel des Hysteriekobolds ausfindig gemacht zu haben und geht ihm mit Injectionen und Pessarien zu Leibe. Lässt er sich aber nicht gutwillig austreiben und macht seinem Opfer das Leben fort und fort sauer, so wird er — wenigstens geschah es so noch vor wenigen Jahren — mit Sack und Pack an die Luft gesetzt, indem die Ovarien ganz exstirpiert werden. Das hilft dann häufig, — aber wie lange! Ein paar Monate später tönt wieder das alte Lied. Dann wird der Uterus zum Sündenbock er-

koren, und schlimmsten Falls sind immer noch Bänder und Beckenfascien da, welche alle Vorwürfe geduldig über sich ergehen lassen. So gelingt es zur Not, wenigstens die Theorie der Reflexneurose zu retten.

Nicht wenige Gynaekologen kamen allerdings zur Einsicht, dass mit dem Ausdruck Reflexneurose so gut wie nichts erklärt und die aetiologische Schwierigkeit nur umgangen ist und nahmen noch eine erhöhte Nervenirritabilität im allgemeinen zu Hilfe, von welcher die Hyperemesis nur eine Teilerscheinung wäre. Diese Annahme dürfte der Wirklichkeit sehr nahe kommen [1]).

Ich habe absichtlich auf Angabe differential-diagnostischer Merkmale zwischen Hyperemesis gravidarum und Hyperemesis hysterica verzichtet, weil ich einen wesentlichen Unterschied zwischen beiden nicht zu finden vermag. Das typische hysterische Erbrechen nimmt so seinen Anfang, dass der Patient hie und da des Morgens beim Aufstehen ein wenig schleimige Flüssigkeit ohne besondere Beschwerden erbricht. Da er in seinem Wohlbefinden zunächst kaum belästigt wird, so legt er der Störung keinen weiteren Wert bei. Bald aber erfolgt das Erbrechen mit der Regelmässigkeit einer üblen Gewohnheit jeden Morgen bei nüchternem Magen. Nach und nach muss Patient auch nach grösseren Mahlzeiten erbrechen, bis sich das Uebel schliesslich so verschlimmert, dass er gleich nach jeder Nahrungsaufnahme erbricht. Das reflectorische Erbrechen bei Genitalaffectionen wird genau ebenso beschrieben.

Dass die Gravidität die nächste Veranlassung zur Entstehung des Symptomencomplexes sein kann, wird wohl niemand läugnen; denn es wird geradezu experimentell durch die Fälle bewiesen, in welchen mit der Unterbrechung der Schwangerschaft sofort auch das Erbrechen aufhörte. Auch existieren unbestreitbare Fälle, bei welchen die Aufrichtung eines retroflectierten Uterus oder die Entfernung eines Polypen das Erbrechen beseitigte. Nur hüte man sich aus solchen Beobachtungen voreilige Schlüsse zu ziehen. Man vergesse nicht, dass diesen Fällen andere gegenüberstehen, bei denen alle gynaekologische Behandlung umsonst war, wo trotz der genauesten Richtigstellung des Uterus das Erbrechen fortdauerte und die nervöse Reizbarkeit sich keinem Pessarium fügte. Einige der

1) Cf. u. a. *Hegar*, Der Zusammenhang der Geschlechtskrankheiten mit nervösen Leiden und die Castration bei Neurosen. 1885. *Engelhardt*, Zur Genese des nervösen Symptomencomplexes bei anatomischen Veränderungen in den Sexualorganen. 1886. *Kisch*, Dyspepsia uterina. B. Klin. W. S.

Krankengeschichten, die ich im Anhange mitteile, beziehen sich auf Frauen, die im Vertrauen auf die Wirksamkeit der gynaekologischen Behandlung sich den schwersten Operationen unterzogen hatten und immer ihre alten Qualen wiederkehren sahen. In solchen verzweifelten Fällen hat die in der Tübinger Klinik geübte psychische Behandlung immer noch gute Resultate erzielt. Einige Patientinnen, bei welchen sich die Geduld und Kunst der Gynaekologen längst erschöpft hatte, wurden völlig geheilt, ohne dass man den Genitalien besondere Aufmerksamkeit geschenkt hätte. In einigen Krankengeschichten habe ich Affectionen der Sexualorgane zwar kurz erwähnt, aber nicht für nötig gefunden, die genaueren Einzelheiten zu bieten. Ich gebe gern zu, dass die verschiedensten Erkrankungen des weiblichen Geschlechtsapparates den ersten Anstoss zur Entwicklung des hysterischen Erbrechens geben können, und ich denke sogar im Einzelfalle immer zuerst an diese Möglichkeit. Aber ich glaube bestimmt behaupten zu dürfen, dass es gleichwertiger Anlässe auf anderen Gebieten noch eine grosse Zahl giebt. In dem Bereich der sogenannten functionellen Neurosen können eben verschiedene Ursachen dieselbe Wirkung hervorrufen. Auch der schöne Satz »*cessante causa cessat effectus*« hat hier keine absolute Giltigkeit. Das hysterische Erbrechen wird, wenn es durch Genitalaffectionen erzeugt ist, allmählich zu einer selbständigen Complication, die nach Beseitigung des Sexualleidens für sich fortbestehen kann. In einer grossen Zahl von Fällen hat es aber gar keine Beziehung zum Sexualsystem und kommt in ganz derselben Form bei völlig intacten Genitalien vor. Wenn man erwägt, welche klassische Formvollendung ein Weib besitzen muss, dass der explorierende Finger des Gynaekologen von Fach keine Abnormität ausfindig macht, wird man auf Grund der von jener Seite zugegebenen Fälle mit normalen Genitalien, ohne seinem pathologischen Gewissen Zwang anzuthun, die Genitalreflexneurose ihres Nimbus entkleiden dürfen. Ausschlaggebend sind aber vollends die Fälle von hysterischem Erbrechen beim männlichen Geschlecht und bei unentwickelten Kindern.

Es giebt hysterische Frauen, für welche dem Arzte gegenüber ihre Genitalien und deren vermeintlich krankhafte Functionen das liebste Gesprächsthema werden, vielleicht infolge einer Art Reaction gegen die sonst durch die gute Sitte gebotene Zurückhaltung. In solchen Fällen wird durch gynaekologische Behandlung das Uebel selten gebessert. Im Gegenteil dürfte es empfehlenswert sein, durch passende erziehliche Massregeln die Ablenkung von diesem gefährlichen Gedanken-

kreis zu begünstigen. Bei anderen Frauen wiederum, bei denen das Schamgefühl mehr als ein blosser Aushängeschild ist, kann schon der blosse Vorschlag einer Exploration verderblich wirken, und längere Zeit angewandte specialistische Technik durch die damit verbundenen starken Gemütsbewegungen das psychische Gleichgewicht ernstlich gefährden. Ich halte die gynaekologische Exploration nur dann für berechtigt, wenn ausser dem habituellen Erbrechen ganz bestimmte locale Zeichen (Kreuzschmerzen, Tenesmus, Fluor etc.) auf ein Genitalleiden hinweisen, und auch in diesem Fall nur unter der Voraussetzung, dass die emotive Nebenwirkung als unbedenklich angesehen werden kann. Operative Behandlung ist nur angezeigt, wenn die Beseitigung des localen Leidens mit ziemlicher Sicherheit zu erwarten ist. Unter Umständen darf man aber trotz begründeten Verdachtes auf Genitalstörungen die locale Untersuchung und Behandlung vernachlässigen und zuversichtlich hoffen, die nervöse Reizbarkeit durch anderweitige zweckmässige Therapie zu verdrängen. Diejenigen unserer Krankengeschichten, in welchen das habituelle nervöse Erbrechen durch psychische Behandlung geheilt wurde, während das Genitalleiden gar nicht in Angriff genommen worden war, sollen nicht beweisen, dass ein innerer Zusammenhang zwischen habituellem Erbrechen und Uterinleiden nicht bestanden hätte; sondern es ist nur anzunehmen, dass die durch die Behandlung erreichte psychische Kräftigung der Patienten die ungebührlich angewachsenen Krankheitssymptome wieder in das ihnen regelrecht zukommende Gebiet zurückgedrängt hat.

Das hysterische Erbrechen hat noch weitere interessante Beziehungen zu den sexuellen Functionen. Die sexuellen Leistungen haben, auch wenn sie an sich normal geartet sind, eine bedeutsame Rückwirkung auf diese Krankheit, oder sie werden durch denselben Process mit gestört, der an dem habituellen Erbrechen Schuld trägt.

Bei allen Frauen, die an hysterischem Erbrechen leiden, lassen sich Abweichungen der Menstruation constatieren. Der Blutverlust ist zu gering oder zu stark oder zu lange anhaltend, bald verspätet bald verfrüht, mit Beschwerden und Schmerzen verbunden. Das Erbrechen selbst ist heftiger während der Periode oder beschränkt sich ganz auf diese Zeit. Es handelt sich bei der Menstruation um ähnliche Congestionszustände wie während der Schwangerschaft, und nichts liegt näher, als auch bei völlig normaler Function der Genitalien in diesem physiologischen Process ein förderndes Moment für das Erbrechen zu erblicken. Es fragt sich nur, ob bei dem

verwickelten vasomotorischen Spiel während der Menstruation es gerade die Beckencongestion sein muss, welche den Reiz bildet. Ebensogut könnte es eine Gefässveränderung im Gehirn sein, oder im Magen, dessen Functionen (Secretion) jedenfalls nachweisbar alteriert sind. Das Wesen der Menstruation ist mit der Genitalcongestion so wenig erschöpft wie das des Fiebers mit der Temperatursteigerung. Menstruationsanomalien, welche nicht durch locale pathologische Zustände erklärt werden, sind für uns ein Index für Störung der Thätigkeit eines im einzelnen noch unbekannten nervösen regulatorischen Mechanismus. Krankhaft ist hauptsächlich die Veränderung des Verhältnisses der sensiblen Reaction zu dem motorischen (vasomotorischen und secretorischen) Effekt. Jene Damen, an deren Genitalfunctionen die höchstmöglichen Ansprüche gestellt werden, haben in der Regel eine sehr üppige Menstruation und kennen trotzdem die Molimina nur vom Hörensagen, und sorgsam behütete Mädchen, die von ihren Fortpflanzungspflichten vielleicht noch keine Ahnung haben, kennen die periodischen nervösen Beschwerden aus Erfahrung, noch ehe die Congestion so stark geworden ist, dass sie sich äusserlich bemerklich macht.

Analoge Beziehungen wurden bei anderen nervösen Affektionen hervorgehoben. Für die nervöse Dyspepsie ist nach *Leube* gerade die abnorme Reaction des Nervensystems — der Psyche — auf die normal verlaufende Function des Magens charakteristisch. Neuere Feststellungen machen es freilich wahrscheinlich, dass auch die physiologische Thätigkeit des Magens dabei nicht ohne feinere motorische und secretorische Störungen abläuft. Aber unter allen Umständen behält der Satz seine Geltung, dass die objectiven Veränderungen in keinem Verhältnis stehen zu der Intensität der subjectiven Beschwerden. Die abnorme Reizbarkeit des Nervensystems ist die einheitliche Grundlage solcher Krankheitsbilder. Die gewöhnlichen physiologischen Lebensreize sind für diese empfindlichen Naturen schon stark genug, um die Ausgangspunkte für Krankheitssymptome zu werden. Die in Qualität und Localisation unbestimmten intestinalen Empfindungen während der Menstruation, welche auch der gesündesten Frau nicht angenehm vorkommen, sind bei der Hysterica viel lebendiger entwickelt, die Unbehaglichkeit steigert sich zur Uebelkeit und zum Erbrechen. Eine solche Frau wird auch bei anderer Gelegenheit leichter erbrechen; sie wird es vielleicht nicht ertragen, im Wagen rückwärts zu fahren, sie wird von einer Seereise wenig Vergnügen haben, sie wird keinen

Blutstropfen, keinen Regenwurm sehen können, ohne zu erbrechen. Die menstruelle Indisposition bietet für jede Brechneigung einen günstigen Boden, und modificiert deshalb den Verlauf des habituellen nervösen Erbrechens, was auch dessen ursprüngliche Ursache sein mag. Eine heftige Dysmenorhoe kann aber auch ganz allein die Gelegenheitsursache zur Ausbildung nervösen Erbrechens abgeben, das um so leichter habituell werden wird, als der Anlass seiner Natur nach öfter wiederkehrt. Eine vergleichend-biologische Betrachtung könnte zu der Vermutung führen, ob während der Menstruation nicht noch ein tieferer psychischer Factor im Spiele wäre, ein ärgerliches Missverhältnis zwischen der tierischen Natur und der socialen Correctur im Menschen, mit den zugehörigen Unlustgefühlen.

Die Physiologie der Sexualorgane verrät uns noch eine weitere Beziehung derselben zum hysterischen Erbrechen, die zwar aus Gründen der Prüderie selten berührt wird, aber mindestens ebenso wichtig sein muss, wie die Zustände der Menstruation und Gravidität. Wenn der Gynaekologe keine anatomische Abnormität bei einer Hysterica aufspüren kann, so nimmt er oft im Stillen seine Zuflucht zu der Vermutung einer allzuhäufigen Ruhestörung der Genitalien und überlässt die heikle Aufgabe, die Notwendigkeit einer Schonzeit zu predigen, den Erziehern, Seelsorgern und andern berufenen Hütern der Moral. So wenig diese Meinung in den Werken der Autoren zur Geltung kommt, so sehr ist sie in der Praxis und namentlich auch unter den Laien verbreitet. Eine mässige Befriedigung des Sexualtriebes wird dem Gesunden gewiss keine Beschwerden machen, wohl aber können sich Excesse in Venere auch an kräftigen Leuten durch Erschöpfungszustände rächen, unter denen — wie mir von erfahrenen Personen bestätigt wurde — Magendrücken und anhaltender Brechreiz eine besondere Rolle spielen. Der gesunde Mensch wird solche Indispositionen leicht wieder überwinden, auch ohne die von *Brillat-Savarin* empfohlene Tasse Chocolat ambré zu Hilfe zu rufen. Nicht so, wer von Hause aus neurasthenisch oder hysterisch veranlagt ist. Das gestörte Gleichgewicht stellt sich bei ihm viel schwieriger wieder her, und ein kleiner Anlass genügt zur Störung. Die Grenze des »Zuviel« ist eben eine sehr relative. Die Wirkung entspricht, um ein Gleichnis aus der Electrophysiologie zu gebrauchen, nicht der absoluten Stromstärke, sondern der Spannungsdifferenz, und das Einschleichen in die Kette hat auch sein Analogon. — *Kussmaul* (Volkm.Sammlung) teilt

Krankengeschichten mit (Tormina ventriculi nervosa. Dyspepsie. nervöses Erbrechen), bei welchen er in der Anamnese unmässige und ungehörige sexuelle Reizungen ausdrücklich hervorhebt. Wenn sexuelle Erschöpfung Brechreiz mit sich bringt — und das scheint mir unanfechtbar —, ist es durchaus berechtigt, bei habituellem Erbrechen nach habitueller Unmässigkeit im Geschlechtsgenuss zu forschen und die Glaubwürdigkeit der meist negativen Antwort kritisch abzuwägen.

Dass vollends künstliche sexuelle Reizungen schon wegen des nachteiligen psychischen Einflusses sehr verderblich wirken müssen, liegt auf der Hand. Ein erfahrener älterer Arzt behauptet: »Cardialgia in juvenibus obvia mihi semper suspicionem monet, eos masturbare, atque disquisitione instituta, rarenter a vero aberravi.« [1]) Auffällig ist es immerhin, dass die Mehrzahl der Fälle von hysterischem Erbrechen Jünglinge im Entwicklungsalter und unverheiratete Frauenzimmer betrifft. Mit dem erwähnten Verdacht wird die Hysterie, die ja als virginum et viduarum affectio gilt, überhaupt gerne belastet. Wenn aber je das Zusammentreffen von habituellem nervösem Erbrechen mit sexuellen Missbräuchen kein zufälliges wäre, würden beide, wie ich glaube, nicht im Verhältnis von Ursache und Wirkung zu einander stehen, sondern ganz dieselbe leichte Empfänglichkeit und geringe Widerstandsfähigkeit, welche das habituelle Erbrechen so sehr begünstigt, mag gleichzeitig auch zu den sexuellen Verirrungen führen. Die primäre Impotenz des Charakters ist es, welche die »traurigen Folgezustände« der Zeitungsreclamen erzeugt. Das Krankheitsbild, welches ein solcher eingebildeter Kranker schafft, kann sich aber sehr leicht nach der Schablone des hysterischen Erbrechens gestalten, da ja die Vomiturition eine der frappantesten von den abnormen Sensationen ist, welche dem Werk zur Stütze dienen.

Ich möchte übrigens noch besonders betonen, dass wir hysterisches Erbrechen oft genug unter Verhältnissen finden, wo von einem Zusammenhang mit sexuellen Functionen gar keine Rede sein kann, nämlich bei noch ganz unentwickelten Kindern.

Ich glaube an dieser Stelle noch einen bei Hysterischen oft gemachten therapeutischen Vorschlag anführen und zurückweisen zu sollen, welcher gewöhnlich ohne alle physiologische Begründung kurzweg die Ehe als Heilmittel empfiehlt. So sagt z. B. *Hyde Salter* in The Lancet 1868 July 4: „*When the subjects of such*

1) *Schmidtmann*, Summa observationum etc. Berlin 1826.

symptoms marry, all vomiting ceases", und macht die Anspielung, man müsse die Patienten nach dem Grundsatz, similia similibus in die Lage versetzen, den Vomitus gravidarum einzutauschen. Ich gebe gern zu, dass die mit unfreiwilliger Ehelosigkeit häufig verbundene emotive Ueberbürdung die Ausbildung der Hysterie begünstigt. Das sexuelle Moment möchte ich aber nicht so einseitig hervorheben. Es ist richtig, dass eine geordnete Berufsthätigkeit (und die sollte doch für das Weib die Ehe bringen) mit dem Fortbestehen der Hysterie nicht verträglich ist. Andererseits bietet gerade die Ehe durch die leicht eintretende Ueberbürdung für psychisch weniger widerstandsfähige Existenzen grosse Gefahren, und es ist theoretisch mindestens ebenso berechtigt, die unverheiratete Hysterica vor der Eheschliessung zu warnen.

Die relative Häufigkeit des nervösen habituellen Erbrechens während der Entwicklungszeit ist so evident, dass man einen besonderen Grund dafür suchen muss. Es wäre aber sehr übereilt, gleich wieder an die Sexualorgane zu denken. Bringt doch jene Zeit nicht bloss die Ausbildung der Geschlechtsdrüsen, sondern eine Umwälzung des ganzen Seelenlebens, die sich bei zarten Naturen sehr energisch und oft ganz sonderbar äussert. Bekannt und verbreitet ist der Hang zu Träumereien und Schwärmereien, die Abneigung gegen geordnete körperliche und geistige Arbeit, die Vorliebe für excentrische, bizarre Handlungen. Sogar Ideenflucht, Grübelsucht, unmotivierte Verstimmung, stuporöse Zustände lassen sich hin und wieder beobachten, und *Arndt* charakterisiert die Seelenverfassung dieser Periode geradezu mit dem Namen einer Paranoia rudimentaria. In der Psychiatrie gelten Pubertätszeit und Climacterium für gleich bedeutungsvolle Perioden labilen Gleichgewichts. Aber es wäre einseitig, wenn man dabei nur die Veränderungen in der Geschlechtssphäre ins Auge fassen wollte. Die grossen Anforderungen, welche die Schule und die Lehre und die neuen socialen Lebensbedingungen an den jungen Menschen stellen, die Nötigung zu selbständigem Handeln und eigenem Nachdenken, die Bekanntschaft mit Verpflichtungen und Verantwortlichkeit erschüttern manche insufficiente Constitution.

Die Pubertätszeit schafft einen günstigen Nährboden für das Aufkeimen nervöser Störungen. Kopfweh, Schwindel, Herzklopfen, Nasenbluten sind an der Tagesordnung. Die ängstliche Mutter entschuldigt sie mit dem »raschen Wachsen«. Das Erbrechen steht mit diesen Symptomen auf derselben Stufe. Die Entwicklungspe-

riode begünstigt auf irgend welchem Wege das Zustandekommen von Erbrechen und erzeugt einen eigentümlichen psychischen Zustand, welcher das Habituellwerden desselben erleichtert.

Charcot sucht in seinen Beobachtungen und Hypothesen über die Aura der hysterischen Anfälle den Weg zu zeigen, auf dem ein Reizzustand der Genitalien Erbrechen und schwere nervöse Störungen einleiten kann. Bei einer gewissen Form der Hysterie, welche sich durch Anaesthesie der äusseren Integumente samt den Sinnesorganen und Hyperaesthesie der Eingeweide kennzeichnen soll, gelang es ihm experimentell durch Compression der meist durch Blutandrang geschwellten Ovarien (tuméfaction par turgescence vasculaire) Anfälle zu erzeugen, welche den spontan auftretenden in allen Punkten gleichen. Er beobachtete dabei eine der Stärke und Dauer des ausgeübten Druckes gemäss fortschreitende Ausbreitung des Reizes nach dem Gesetze der Irradiation, und zwar erst locale Empfindlichkeit der Ovarien, dann Schmerz im Epigastrium unter Umständen mit Uebelkeit, Würgen und Erbrechen, dann Herzklopfen und Pulsbeschleunigung, Globusgefühl oft mit häufigen Schluckbewegungen, Kopfdruck, Ohrensausen, Hämmern in den Schläfen, Verdüsterung des Gesichtsfeldes, schliesslich Ohnmacht und Krämpfe. Wenn diese Irradiationsfolge auf halbem Wege stehen bliebe, hätten wir anfallsweise auftretendes Erbrechen. *Charcot* selbst wendet die Theorie meines Wissens nicht ausdrücklich auf das hysterische Erbrechen an, er hat sich im Gegenteil für dieses Symptom viel umständlichere Hypothesen erdacht, auf die wir an anderer Stelle kommen werden. Ebenso gut, wie bei den hysterischen Convulsionen der Hergang oft verborgen bleibt und die Ovarialcompression dem Patienten selbst überraschende Aufschlüsse giebt, könnte es auch beim Erbrechen sich um eine blitzschnelle Irradiation von den Genitalien aus handeln. Wenn sonst durch intestinale Reize (Gallensteinkolik, Ureterenkolik etc.) Erbrechen zu Stande kommt, ist der ursprüngliche intestinale Schmerz so stark, dass der Ausgangspunkt meist unschwer zu entdecken ist. Es wäre wunderbar, wenn in den hierher gehörigen Fällen nicht irgendwelche in den Ovarien localisierte Sensationen geklagt würden. *Charcot* benützt seine Theorie nur für eine beschränkte Anzahl von Fällen, denen er den Namen Hysterie ovarienne oder ovarique giebt. Die manuelle Compression der Ovarien, vollends wenn sie mit dem ungeheuren Kraftaufwand ausgeübt wird, den *Charcot* verlangt, kann wohl auch eine nicht nervöse Frau zu Erbrechen und Ohnmacht bringen. Die analogen männlichen Organe sind ja auch sehr empfindlich. In jenen Fällen aber, wo schon ein mässiger Druck genügt, um die Anfälle hervorzurufen, während ein stärkerer Druck sie wieder aufhebt, ist vielleicht doch nebenbei ein sehr bedeutsames psychisches Moment thätig. Mir wenigstens erscheint es mit den gewöhnlichen physiologischen Gesetzen nicht vereinbar, dass ein und dieselbe Ursache ein nervöses System erzeugen und unterdrücken soll. Zudem haben die Beobachtungen der Schule von Nancy bei hysterischen Symptomen und hypnotischen Experimenten überzeugend dargethan, dass *Charcot* durch ungenügende Berücksichtigung der psychischen Momente, speciell der Suggestion, auf unhaltbare Schlüsse gelangt ist, und dass seine schönen hysterischen Symptomcomplexe grossenteils nichts weiter als unabsichtlich erzeugte Kunstprodukte sind.

Zur Diagnose des nervösen Erbrechens ist der Ausschluss einer Reihe von Gehirnkrankheiten erforderlich, welche ebenfalls habituelles Erbrechen bedingen. Einer Verwechslung wird durch die zahlreichen anderen Erscheinungen der Gehirnkrankheiten vorgebeugt. Als eigentliches Herdsymptom kommt Erbrechen nicht vor. Die Möglichkeit, dass ein begrenzter Krankheitsprocess im Gehirn als einzige Aeusserung Erbrechen erzeugt, ist ausgeschlossen. Namentlich ist sehr plausibel, dass eine etwaige Localisation in der Nähe des Brechcentrums, also in der Medulla oblongata, sehr schwere andere Symptome nach sich ziehen müsste. Habituelles Erbrechen kommt nur in Gesellschaft anderer schwerer Symptome von seiten des Centralnervensystems vor. Für die Differentialdiagnose können nur Frühstadien langsam wachsender Tumoren in Betracht kommen, die so localisiert sind, dass sie keine deutlichen Herdsymptome geben. Dabei müssen aber die Allgemeinerscheinungen den Verdacht auf eine Hirngeschwulst erwecken. Die Reizung des Brechcentrums wird nach der gewöhnlichen Annahme durch die Steigerung des intracraniellen Drucks vermittelt. *Notnagel* gibt an, dass auch ohne grob mechanische Raumbeschränkung bei kleinen Tumoren Erbrechen auftreten kann und vermutet als Ursache fluxionäre Hyperaemie oder reflectorische Anaemie, womit freilich auch wenig erklärt ist. Mag es sich um Druckwirkung oder um Circulationsstörung handeln, jedenfalls ist das Erbrechen bei Gehirnkrankheiten notwendig von anderen cerebralen Symptomen begleitet, Schwindel, Kopfweh, Ohnmacht, oder es wechselt mit diesen ab. Man bemerkt oft, dass sich das Erbrechen leicht unter Umständen einstellt, welche Circulationsstörungen im Gehirn annehmbar erscheinen lassen, so bei rascher Drehung des Kopfes, bei raschem Aufrichten oder Aufstehen und bei raschem Sich-Bücken. Das Erbrechen tritt ferner anfallsweise auf, kehrt nicht regelmässig wieder und hält sich nicht längere Zeit unverändert. Es hat wie andere Formen von reflectorischem Erbrechen gar keine Beziehung zur Nahrungsaufnahme und Verdauung. Es fehlt ihm deshalb auch die prononcierte Uebelkeit, welche die vom Magen ausgehende sensible Reizung beantwortet, und das Ekelgefühl, welches sonst die Würgbewegungen begleitet. Das cerebrale Erbrechen erfolgt ohne vorangehendes Würgen und ohne krampfhafte Contractionen der Bauchpresse rasch, leicht und nahezu mühelos. Vermutlich hat diese glatte Production der complicierten Bewegung ihren Grund in der unmittelbaren Reizung der Coordinationscentren

die mit ihrer Thätigkeit gleich richtig und harmonisch einsetzen, während bei gastrischem Ursprung des Erbrechens bis zum ordnungsmässigen Zusammenwirken der Muskulatur eine quälende Zeit von misslungenen Versuchen verstreicht. Diese Eigentümlichkeit kommt auch dem uterinen und anderen Arten des reflectorischen Erbrechens zu.

Bei Tabes dorsalis, multipler Sclerose, Myelitis, kommen periodische Anfälle von heftigem Erbrechen vor, das von eben so heftiger Cardialgie begleitet ist. Diese Crises gastriques beruhen wohl auf Laesion der Nervenkerne des Vagus oder der von ihnen peripherwärts verlaufenden Nervenbahnen. Das von *Leyden* beschriebene periodische Erbrechen dürfte vermutlich eine ähnliche Grundlage haben. Der Verlauf dieser Affektionen ist ein so charakteristischer, dass sie sich dem habituellen nervösen Erbrechen gegenüber bald genug kenntlich machen.

Bei fieberhaften Krankheiten kommt habituelles Erbrechen vor in der hartnäckigsten Art, dass der Tod durch Inanition droht [1]). Dasselbe wird wohl zumeist cerebralen Ursprung haben; doch ist bei der gleichzeitigen Schädigung des ganzen Körpers durch hohes Fieber die Entstehungsweise nicht leicht klarzustellen.

Das Erbrechen bei Seekrankheit hat sicher einen cerebralen Ursprung, wenn auch manche Autoren noch eine directe Schädigung der Magenfunctionen annehmen. Wagenfahren und Schaukeln hat bei Kindern und empfindlichen Erwachsenen ähnliche Consequenzen.

Ich erwähne dies nicht zum Zweck der Differentialdiagnose, sondern nur weil es mir nützlich vorkommt, die zahllosen Wege, auf welchen sich ein empfängliches Individuum die Neigung zum Erbrechen holen kann, zu bedenken. Ich halte für ganz gut möglich, dass ein Kind beim harmlosen Spiel sich unbemerkt die Anfänge des habituellen Erbrechens erwerben kann, so z. B. durch Seilhüpfen oder durch das von Kindern oft ausgeübte Tanzkunststück, sich kreiselförmig zu drehen. Das erste, zweite und drittemal mag dann das Erbrechen seine regelrechte physiologische Ursache haben, beim zwanzigsten und dreissigstenmale aber erfolgt es ohne Beziehung zu dem ursprünglichen Reiz, infolge der Nachwirkung und Erneuerung der psychischen Processe, welche den Reflex jedesmal begleitet haben.

Ich möchte hier noch eine weitere Möglichkeit der Entstehung habituellen Erbrechens anschliessen, die wohl auch in Störungen

1) *Leyden*, über Cerebrospinal-Meningitis und über das Erbrechen in fieberhaften Krankheiten. (Zeitschrift f. klin. Med. Bd. 12).

des cerebralen Mechanismus begründet ist, und von der ich vermute, dass sie für einen unserer Fälle (No. 3) zutrifft. Ein von Jugend auf nervöser Knabe kam zu einem Bäcker in die Lehre. Unter dem Einfluss der ungewohnten und anstrengenden Nachtarbeit fieng er alsbald an, zu erbrechen und behielt diese Störung, nachdem sie einmal habituell geworden, bei, auch als er den Beruf wechselte. Es ist eine bekannte Erfahrung, dass schwächliche nervöse Personen nach dem Erwachen und Aufstehen am frühen Morgen mancherlei Beschwerden haben. Sie leiden an Kopfdruck, Spannung in den Augen, Schwindel, Schwerfälligkeit des Denkens, mürrischer verdriesslicher Stimmung und brauchen oft stundenlang bis sie ganz frisch geworden sind, werden dann aber nach und nach so munter, dass abends das Einschlafen wieder eben so schwer geht, wie morgens das Aufwachen. Bei manchen besonders empfindlichen Personen steigert sich dieses Unwohlsein bis zu richtiger Uebelkeit, die sich unter Umständen in Erbrechen Luft macht. Andere haben bloss Ekel vor dem Frühstück oder bedürfen besonderer Reizmittel, um ihren Appetit wachzurufen. Der Uebergang aus dem Ruhezustand in die Thätigkeit ist ein zu grosser Anspruch an die Leistungsfähigkeit eines solchen minder rüstigen Gehirns. Dass das habituelle nervöse Erbrechen in seinen leichten Formen mit grosser Vorliebe frühmorgens eintritt, erkläre ich mir durch die Praedisposition, welche in dem bekannten Unwohlsein der Neurastheniker nach dem Erwachen liegt. Es kommt dazu noch die grosse Empfindlichkeit solcher Personen gegen die Nüchternheit, beziehungsweise das Hungergefühl. Die Erfahrungen bei Seekrankheit und bei der Lamentatio felium bestätigen ja auch, dass der leere Magen bei auftretendem Brechreiz stärker gefährdet ist, als der mit passendem Füllmaterial beschäftigte. Personen, die aus tiefem Schlafe aufgerüttelt noch schlaftrunken Arbeit verrichten müssen, sind sehr zum Erbrechen disponiert. Bei langer nächtlicher Eisenbahnfahrt holt man sich leicht einen merkwürdigen Zustand, der eigentlich nichts anderes als eine protrahierte Nausea ist.

Auch das Cerebrum liefert uns somit, wie schon manche andere Organe, nicht durch schwere Erkrankung, sondern durch leichte Indispositionen Gelegenheitsursachen für das habituelle nervöse Erbrechen.

Nachdem wir nach den Quellen des habituellen Erbrechens suchend die einzelnen Organe durchmustert haben, bleiben uns zu-

letzt noch die Erkrankungen des gesammten Organismus, Blut- und Stoffwechselkrankheiten, chronische Infectionen und Intoxicationen, kachektische Zustände bei Neubildungen und Aehnliches.

Das habituelle Erbrechen teilt mit einer grossen Anzahl von anderen nervösen Symptomen das traurige Schicksal, kurzweg in den grossen Topf der Anaemie oder, wenn Alter und Geschlecht zutrifft, der Chlorose geworfen zu werden. Ich bin weit entfernt, dem habituellen Erbrechen die Selbständigkeit einer eigenen Krankheit vindicieren zu wollen, aber ich kann mir nicht denken, dass durch eine Classification dieser Art irgend etwas gewonnen wäre. Die Anaemie bedeutet in zahllosen Fällen nichts weiter, als dass das betreffende Individuum blass aussieht, und das ist bei Personen, die habituell erbrechen, natürlich die Regel. Die Hervorhebung dieses einen Symptoms erklärt aber die Grundkrankheit nicht. Die schwere Störung der gesammten Ernährung steht in innigem Connex mit den nervösen Erscheinungen, und es ist Geschmackssache, welchem Gebiet man grössere Bedeutung beimessen will. Mir scheint es aber bisher durchaus nicht widerlegt, dass viele gewöhnliche Anaemien nur eine trophische Störung durch Erkrankung des nervösen Centralorganes vorstellen. Wenn nur bei einem winzigen Teil der zahlreichen an Blutarmut leidenden Kranken habituelles Erbrechen auftritt, so muss bei diesen ausser der Anaemie noch ein specielles aetiologisches Moment mitwirken, welches wohl dasselbe sein wird, wie bei den übrigen Fällen von nervösem Erbrechen. Die Anaemie gibt nur eine Disposition zu diesem besonderen nervösen Symptom und muss natürlich in der Behandlung des Patienten mitberücksichtigt werden. Die Bestrebungen zur Hebung der Ernährung fallen übrigens mit der gegen die Nervosität gerichteten Cur zum Teil zusammen. Die Bedeutung, welche den Störungen im Sexualgebiet bei Chlorotischen in Rücksicht auf das nervöse Erbrechen zukommt, wurde an anderer Stelle besprochen. Chronische Infectionen und Intoxicationen sind häufig schwer zu erkennen. Man könnte deshalb latent gebliebene Ursachen dieser Art für zweifelhafte Fälle von habituellem Erbrechen ansprechen, wenn ein Zusammenhang in anderen Fällen nachweisbar wäre. Die Phthise und der Morbus Brightii bezw. die Uraemie wurden schon berührt. Die Vermutung einer specifischen Giftwirkung durch abnorme Stoffwechselproducte würde ja beim habituellen Erbrechen näher liegen als bei irgend einem anderen nervösen Symptom. Doch ist die grösste Mehrzahl der Fälle so geartet, dass dieser Gedanke

unhaltbar wird. Toxisches Erbrechen müsste notwendig von schwereren Allgemeinerscheinungen begleitet sein, die ja gewöhnlich beim habituellen Erbrechen ganz ausbleiben. In solchen Fällen, bei denen irgendwelche schädliche Stoffwechselproducte bei der Unterhaltung des Brechreizes beteiligt sein könnten, wird diesen doch nur dieselbe untergeordnete Bedeutung zukommen, wie den vielen anderen schon erwähnten Gelegenheitsursachen. Das eine, mächtige, allen Fällen gemeinsame aetiologische Moment können sie nicht ausmachen.

Eine specifische, gerade die Neigung zum Erbrechen erklärende Eigentümlichkeit kommt keiner der erwähnten chronischen Krankheiten zu. Gewöhnlich werden auch die Anaemie und andere Ernährungsstörungen nur herangezogen zur Erklärung einer supponierten vermehrten nervösen Reizbarkeit. Damit haben wir aber die krankhafte Disposition, die in ihren gröbsten Auswüchsen Hysterie und Neurasthenie genannt wird. Und wie weit die Beziehungen dieser ganzen Krankheitsgruppe zu den Stoffwechselanomalien gehen, das zu untersuchen ist hier nicht der Ort. Auf diese sogenannten Neurosen werde ich bei Besprechung der psychischen Ursachen des nervösen Erbrechens noch manchen Blick zu werfen haben. Vorgreifend möchte ich nur erwähnen, dass ich zwar das nervöse Erbrechen, welche Gelegenheitsursache auch immer dazu führen mag, stets für den Ausdruck einer allgemeinen Neurose halte, dass mir aber als das pathogenetisch Bedeutungsvolle und vielleicht als das einzig Charakteristische an dieser Neurose eine Störung der psychischen Leistungen erscheint.

Ich benütze hier die Ausdrücke »nervöses Erbrechen« und »hysterisches Erbrechen« als ziemlich gleichbedeutend. Andere machen sorgfältige Unterscheidungen. Das hängt nur davon ab, was man unter dem Begriff Hysterie verstehen zu sollen glaubt. Bei Nennung dieses Namens denkt man gewöhnlich an das bekannte schreckliche Geschöpf mit Clavus, Globus, Aphonie, Convulsionen, Insomnie, Anorexie und hundert anderen Zuthaten. Hat man einen Patienten, der in der Auswahl seiner Symptome sparsamer war, dann will der Name Hysterie nicht recht passen. Und handelt es sich gar nur um ein einziges Symptom, so ist selbst das Epitheton »nervös« noch ungeeignet, weil man eben dabei immer an einige andere Anhängsel denkt. Einzelne ziehen die Bezeichnung hypochondrische Lähmung etc. vor. Sie ist vielleicht zweckmässiger, weil in der Hypochondrie mehr geistiger Gehalt steckt als in der Hysterie. Aber sie bringt

in der Anlehnung an die gemeine Hypochondrie wieder Associationen mit sich, welche nicht hergehören. Am zweckmässigsten wäre es vielleicht, die betreffenden Störungen einfach als »psychisch« zu bezeichnen, wenn dieser Ausdruck nicht gar zu allgemein und farblos wäre. Die Neurasthenie wurde für das habituelle Erbrechen verhältnismässig wenig in Anspruch genommen, dagegen hat sie die nahe verwandte Dyspepsie, welche ihr die Hysterie streitig machen könnte, in sicherem Besitze. In Frankreich hingegen, wo die Hysterie angesehener ist als bei uns, nimmt sie unter der Firma »viscerale Hysterie« die halbe Hypochondrie unter ihre Flügel. Wenn einmal die psychischen Processe, welche allen diesen Störungen zu Grunde liegen, in ihrem Wesen erkannt sein werden, müssen sich passende Bezeichnungen von selbst ergeben. Vorläufig muss man sich auf irgend eine Weise mit der Nomenclatur abfinden, und für das habituelle Erbrechen gebührt das Vorrecht der Hysterie. Die fraglichen Krankheiten, die sich nicht im Leben, sondern nur in den Lehrbüchern zu Typen entwickeln, sind nicht vom allerersten Geburtstag an vorhanden. Sie müssen zu irgend einer Lebensperiode ihren Anfang nehmen und können nicht mit ihrem gesamten Symptomcomplex auf einmal hereinbrechen. Sie beginnen bescheiden mit einem Symptom, dessen specielle Gestaltung von zufälligen Umständen abhängig ist. Beim weiteren Fortschritt kann sich das eine Symptom vertiefen und befestigen, oder durch neue Producte abgelöst werden. Wenn das Unheil mit Globus oder Aphonie beginnt, kann man zuversichtlich auf Weiterbildung bis zu Convulsionen rechnen, fängt es aber mit Paraplegie an, so ist dem Bedürfnis auf lange Zeit genügt. Die hysterischen Leistungen auf visceralem Gebiet, Dyspepsie, Asthma, Impotenz etc. bleiben gerne ohne Gefolge, da sie allein mächtig genug sind. Die gewöhnliche Untersuchung stösst dann nur auf ein vereinzeltes Symptom, und der Patient erscheint in allen anderen Richtungen ganz gesund. Trotzdem handelt es sich bei der Neurasthenie, Hypochondrie, Hysterie nie um eine partielle Erkrankung. Wie unser Bewusstsein jeden Augenblick nur einer Sinneswahrnehmung, einer Handlung voll und ganz zugewendet ist, und nicht Verschiedenes zu gleicher Zeit leisten kann, so ist die Seele bei psychischen Störungen in der Regel auch nur mit einem Gebiete beschäftigt und in anderen herrscht Ruhe. Der krankhafte Process concentriert sich nach der Richtung hin, welcher die Aufmerksamkeit am meisten zugekehrt ist. Notwendig aber müssen sich Spuren derselben Störung in allen Gebieten

finden. Unter den Psychosen ist mit den Monomanien und partiellen Geistesstörungen schon längst aufgeräumt, bei den »nervösen« Störungen wird es ebenso gehen. Sobald man die Patienten mit der kritischen Sorgfalt exploriert, wie man es bei Untersuchung auf Verrücktheit längst gewohnt ist, wird man die Hysterie und Neurasthenie als Allgemeinerkrankung erkennen.

Eine merkwürdige französische Ansicht über das hysterische Erbrechen glaube ich an dieser Stelle nicht übergehen zu dürfen. Es ist immer aufgefallen, dass die Hysterischen trotz unaufhörlichen Erbrechens bei so vortrefflichem Ernährungszustande bleiben. Frankreichs Hystericae müssen wohl in diesem Punkte ganz Exorbitantes bieten. Auf unsere Verhältnisse angewandt erscheint die dort ausgebrütete Theorie ganz ungeheuerlich. Ernsthafte Leute wollen dort glauben machen, das hysterische Individuum erbreche mit der sicheren Consequenz eines zweckmässigen Naturgesetzes, weil die Nahrung für ihren Organismus ein unnötiger Luxusartikel sei, die Maschine ihres Körpers arbeite weiter, ohne der Heizung zu bedürfen, die vegetativen Functionen halten einen Winterschlaf, während die animalen wach und rüstig bleiben. Sogar ziffermässige Beweise werden hiefür erbracht. Was wäre auch der grande hysterie unmöglich, wenn es gilt, die physiologischen Gesetze auf den Kopf zu stellen. Zur Illustration notiere ich einige diese Ansicht charakterisierenden Ausdrücke: »*Inhibition des fonctions végétatives .... suspension plus ou moins complète de la vie végétative .... état spécial où la désassimilation tombe à son minimum physiologique et rapproche l'hystérique à des animaux hibernants .... l'aliment ingéré n'est alors pour l'organisme qu'une superfluité qu'on lui impose de force et dont il se débarasse mécaniquement par l'acte du vomissement (Deniau. 1883). L'organisme n'a pas besoin de nourriture parcequ'en lui la vie végétative est rallentie ou suspendue, ainsi qu'en témoignent les phénomènes concomitants aux vomissements, anorexie, oligurie, anurie, conservation de l'embonpoint (Fabre). Quelquefois même en lieu d'absorber d'oxygène elles en dégagent .... parcequ'évidemment il n'y a pas eu combustion. (Empereur 1876.)*«

Ich verzichte darauf, diesen schwankenden Boden zu betreten und begnüge mich zu constatieren, dass bei sämtlichen in Tübingen beobachteten Fällen keine derartige Modification des Stoffwechsels beobachtet wurde, obwohl die Thatsache, dass trotz anhaltenden Erbrechens die Ernährung nicht zurückgieng, in einigen Fällen auffallend hervortrat und als Unterscheidungsmerkmal verwertet wurde.

Die Erklärung dieser Erscheinung denke ich mir sehr einfach. Gewöhnlich wird nur ein Teil der genossenen Speisen wieder erbrochen, und es bleibt noch ein respectabler Rest von Nährmaterial, welcher für den geringen zur Einhaltung der Bettruhe erforderlichen Kräfteaufwand reichlich genügt und den Körper auf seinem Bestande erhält. In den wenigen schweren Fällen, wo ohne diese Vorsichtsmassregel fort und fort erbrochen wird, fehlt übrigens auch der Rückgang der Körperkräfte nicht; ja derselbe kann genau ebenso bedenklich werden, wie bei Magenkrankheiten. Die Krankheit bessert sich aber meistens von dem Moment an, wo die Erschöpfung gefahrdrohend wird. Die Belästigung durch ernste Inanitionssymptome oder vielleicht schon die Beleidigung der Eitelkeit durch die eingefallenen Wangen bringt die Heilung zuwege. Oft wird allerdings nur die Sehnsucht nach der Heilung geweckt und irgend ein therapeutisches Manöver muss der rettende Anker werden, nicht selten zur Ueberraschung von Arzt und Patient.

Wenn ein Magenleiden vorliegt, wird erbrochen, solange reizende Substanz im Magen vorhanden ist bis zu deren völliger Entfernung. Wenn der Reiz ausserhalb des Magens liegt, kann das Erbrechen auch noch bei schon leerem Magen fortdauern, solange eben der Reiz fortbesteht. Wenn aber auf psychischen Reiz Erbrechen erfolgt, ist die Frage, ob der Magen ganz oder teilweise entleert wird, ganz irrelevant. Wenn vermöge bestimmter festhaftender krankhafter Vorstellungen das Erbrechen »an sich« den Vorwurf der Krankheit abgiebt, ist bloss der Forderung Genüge zu leisten, dass etwas erbrochen wird, auf die Quantität kommt es nicht an. Freilich können auch bedenklichere Vorstellungen zur Wirksamkeit kommen. Wenn etwa der pretentiöse Wunsch, à la Succi ohne Nahrung zu leben, oder gar der noch traurigere Gedanke, gar nicht leben zu wollen, vorliegt, und das Erbrechen nur Mittel zum Zweck ist, dann kann die Ernährung eine bedrohliche Einbusse erleiden. Doch weiss der Psychiater auch für solche verzweifelte Fälle Rat.

Dass bei hysterischem Erbrechen irgend welche Abweichungen von den sonst herrschenden Stoffwechselvorgängen im Spiele sind, habe ich nie zu vermuten Veranlassung gehabt. In der Regel ist das Nahrungsbedürfnis und die Nahrungsaufnahme ganz normal. Es giebt aber besondere Fälle, in welchen das hartnäckige Fortbestehen totaler Appetitlosigkeit an eine schwere allgemeine Ernährungsstörung denken lässt. Auf diese Complicationen mit hysterischer Anorexie werde ich später zurückkommen. Auch in diesen Fällen

bleiben die physiologischen Folgen der mangelhaften Nahrungszufuhr nicht aus.

Die *Charcot*'sche Entdeckung von Harnstoff im Erbrochenen bei hysterischem Erbrechen mit Anurie und die daran geknüpfte Vermutung einer supplementären Ausscheidung von Harnbestandteilen durch den Magen glaube ich übergehen zu dürfen.

Die Beziehungen des nervösen Erbrechens zu den grob-anatomischen Gehirnkrankheiten und die Unterscheidungsmerkmale beider wurden schon erörtert. Wenn wir aber nach einem Sitz des habituellen nervösen Erbrechens suchen, werden wir wiederum auf das Gehirn gewiesen. Denn als Organ für die psychischen Funktionen müssen wir dasselbe für die abnorme psychische Thätigkeit, welche als letzte Ursache des habituellen nervösen Erbrechens übrig bleibt, verantwortlich machen.

Das Erbrechen ist eine Leistung der Medulla oblongata und ist — wenigstens soweit es sich um den richtigen coordinierten Reflex und nicht um ein zufälliges Zusammentreffen seiner Componenten handelt — ausnahmslos an die Intactheit dieses Hirnabschnitts gebunden; es bedarf zu seinem Zustandekommen keiner Mitwirkung des Grosshirns. Die höheren Hirnabschnitte werden freilich durch den Brechact stets in Mitleidenschaft gezogen werden, solange sie überhaupt functionstüchtig sind. Die das Erbrechen begleitenden specifischen Empfindungen und Gemeingefühle können offenbar nur bei ungestörter Funktion der Hirnrinde ins Bewusstsein treten. Die Anpassung des Reflexes an die augenblickliche Situation, beziehungsweise dessen zweckentsprechende Hemmung oder Unterstützung unter dem Einfluss bestimmter dominierender Vorstellungen geht, wie jede sogenannte willkürliche Bewegung ebenfalls von der Grosshirnrinde aus. Die Grosshirnrinde ist aber nicht bloss Socius, sondern unter Umständen auch Auctor bei dem Delict des Vomitus. Die Verbindung des Brechcentrums mit den sensorischen und motorischen Zonen der Grosshirnrinde ist nicht bloss bei Verarbeitung des von der Peripherie kommenden Reflexreizes mitbeteiligt, sondern sie kann auch den Weg abgeben, auf welchem dem Brechcentrum die erste Anregung zur Action zufliesst. Und es fragt sich, ob die Leistungsfähigkeit der Hirnrinde in diesem Punkte hinter derjenigen der Endorgane der sensiblen Nerven zurücksteht. Die Localisation der hiebei in Betracht kommenden speciellen Functionen ist meines Wissens noch ein ungelöstes Problem, und die alte psychologische Nomenclatur

muss vorläufig noch über die Lücke in unserer Kenntnis der Gehirnarchitektur hinweghelfen. Doch gestatten uns die an anderen wohlerforschten Rindengebieten gemachten Erfahrungen ganz nützliche Analogieschlüsse betreffs der Terra incognita, auf welcher wir nun einmal zu operieren haben. Ob mit Ausschaltung des Grosshirns die Erregbarkeit des Brechcentrums sich hebt, weiss ich nicht. Jedenfalls würde diese erhöhte Reizbarkeit nur der kleineren Gruppe von Reizen zu Gute kommen, welche das Grosshirn gar nicht passieren müssen, um zur Medulla zu gelangen. Eine Verwertung der Hypothese der Reflexhemmung durch höhere Centren für die Pathogenese des habituellen Erbrechens stünde auf ganz schwachen Füssen. Denn wenn auch bei vielen hysterischen Individuen die Leistungsfähigkeit der Hirnrinde im Vergleich zu Gesunden etwas beeinträchtigt ist, wer bürgt dafür, dass ihre medullären Funktionen von dieser Depravation verschont und deshalb zu relativ energischer Thätigkeit disponiert sind. Im allgemeinen beobachtet man, dass solche Individuen, deren Grosshirn am allerärmsten ausgestattet ist, gar keine Neigung zu hysterischem Erbrechen und ähnlichen Productionen haben, auch wenn sie im übrigen mit Hilfe ihrer Medulla sehr munter vegetieren.

Sensible Ueberreizung jeder Art durch grelles Licht, schrille Geräusche, Kitzel, kann unter anderen schweren centralen Störungen auch Erbrechen auslösen; aber dieser Erfolg entsteht erst, wenn die Intactheit des Bewusstseins schon gefährdet ist, mit dem Eintritt der Ohnmacht. Ein überwältigendes Schmerzgefühl kann bei solchen Anlässen nicht ausbleiben. Sensible Reizung vom Magen und Rachen her ist auch bei ziemlich fortgeschrittener Bewusstseinstrübung noch wirksam und bleibt erst im tiefsten Koma erfolglos.

Zwei besondere Sinnesgebiete sind durch einzelne specielle Empfindungsqualitäten sehr eng mit dem Brechcentrum verknüpft. Die Perception gewisser Geruchs- und Geschmackseindrücke erzeugt Ekel, Uebelkeit und bei empfindlichen Personen Erbrechen. Bei Aufhebung des Bewusstseins ist von solcher Wirkung keine Rede mehr. Die Auslösung des Reflexes geschieht nur, so lange die Erregung der Geruchs- und Geschmacksnerven eine wirkliche Empfindung veranlasst. Das Erbrechen steht in keiner direkten Beziehung zu dem Grade der Unannehmlichkeit des Geruchs- und Geschmackseindrucks. Bestimmte intensiv unangenehme Empfindungen lösen mit Vorliebe andere Reflexactionen aus. Von den wirksamen Stoffen genügen unter Umständen ganz geringe Concentrationen. Eine Charakteri-

sierung der betreffenden Empfindungsqualitäten könnte nur durch Aufzählung einer Unzahl von widerwärtig riechenden und schmeckenden Stoffen gegeben werden, da uns bis jetzt bestimmte begrifflich scharf getrennte Kategorien nicht zu Gebote stehen. Auf keinem ähnlichen Gebiete finden wir so grosse individuelle Variationen wie hier. Der Culturmensch hat seinen Geruchs- und Geschmackssinn nach einem Schema zurechtgebildet, das die naive Gesetzmässigkeit der Natur verwischt. Der Säugling erbricht vor Ekel, wenn man ihm Bier einflösst, und dem Erwachsenen wird es übel, wenn man ihm zumutet, süsse Muttermilch zu kosten. Damen, denen vom Geruch einer kräftigen Cigarre schlecht wird, schwelgen in Patschouli und Moschusduft. Die individuellen Verschiedenheiten sind so gross, dass gleichbleibende allgemeingültige Relationen zwischen der Art des Geruchs und Geschmacks und seiner ekelerregenden Wirkung nicht festzustellen sind. Ganz dasselbe, was dem Einen angenehm dünkt, kann der Andere widerlich finden. Die Abneigung gegen widerliche Gerüche kann durch fortgesetzte Uebung bis zum völligen Verschwinden unterdrückt werden, ja es kann sogar eine ganz perverse Vorliebe für ursprünglich lästige Sensationen sich herausbilden, ohne dass man von einer krankhaften Abnormität sprechen dürfte. Solche Absonderlichkeiten entstehen durch die mannigfaltigste Combination mit hemmenden und fördernden Vorstellungen. Oft genug ist es nicht die unangenehme Empfindung an sich, sondern die mit derselben verbundene besondere Vorstellung, welche den schlummernden Brechreflex erweckt, so z. B. eine unscheinbare Aehnlichkeit der Speise mit irgend einem ekelhaften Gegenstand. Die specifisch ekelhaften Geruchs- und Geschmackseindrücke vereinigen sich mit zahlreichen anderen von Nase, Mund, Rachen und Gaumen dem Gehirn zugeführten Sensationen. Ferner bilden sich fixe associative Verkettungen mit zugehörigen Gesichts- und Gehörseindrücken. *Maudsley* citiert ein von Darwin erzähltes Beispiel. Ein Herr war auf einer Jagd Zeuge, wie der faulende Cadaver eines Hundes aufplatzte und einen entsetzlichen Gestank verbreitete. Als er mehrere Jahre später zufällig einmal an derselben Stelle vorbeiritt, befiel ihn Uebelkeit und Erbrechen infolge der Vorstellung des Gestanks, den er lange Zeit zuvor empfunden hatte.

Dem Ekelgefühl liegen in der Regel ganze Complexe von einfachen Sinnesempfindungen zu Grunde. Ein einziger oft ganz unauffälliger peripherer Sinnesreiz kann genügen, um das ganze Conglomerat der sonst durch gemeinsame Action mit ihm verbunden

gewesenen Sinnescentren in Thätigkeit zu setzen, und kann mit Hilfe dieser mächtigen Bundesgenossen gewaltige Wirkungen anbahnen, die uns deshalb zu dem ursprünglichen Reiz in ihrer Intensität incongruent erscheinen, weil uns von den vielen sich cumulierenden Reizen nur das erste Glied bekannt und die weiteren Verbindungen unzugänglich sind. Wo das verwickelte Spiel der Vorstellungen in Thätigkeit tritt, müssen wir immer auf die Auslösung ungeahnter Kräfte gefasst sein. Am auffallendsten und überraschendsten ist der Effect, wenn das Ekelgefühl ohne alle sensible Unterstützung bloss im Verlaufe von Associationen wachgerufen wird. Eine lebhafte Erneuerung der Erinnerungsbilder ekelhafter Sinneseindrücke erzeugt mit grosser Leichtigkeit die zugehörigen Reflexe. Diese Erfahrung benützte mit Geschick eine Patientin, über welche *Hyde Salter* berichtet, welche zur Production von Anorexie und habituellem Erbrechen durch das Phantasiebild verfaulter Katzeneingeweide sich begeisterte. Ohne das Geständnis der durch die bösen Folgen geängstigten Dame wäre wohl auch ein scharfsinniger Arzt nicht hinter diesen Entstehungsmodus des Uebels gekommen. Es kommen manche Idiosynkrasien vor, deren Genese ganz in Dunkel gehüllt ist und oft nur durch Zufall aufgehellt wird. Die betreffenden Individuen haben meist gar keine Erinnerung an die Bildung solcher merkwürdiger fixer Associationen. Einige characteristische Beispiele sind mir bekannt. Ein kleiner Knabe, der einmal beim gierigen Verschlucken eines Eidotters fast erstickt wäre, wies fortan nicht nur seine sämtlichen Ostereier zurück, sondern merkwürdigerweise auch die gelb gefärbten Zuckerhäschen und sträubte sich mehrere Wochen lang gegen den Genuss jeder Speise, die gelb aussah. Von einem Bekannten, der, obwohl sonst durchaus nicht wählerisch, nie Hammelfleisch essen konnte, erzählten mir seine Angehörigen, diese Eigenheit stamme aus seiner Kindheit. Er habe sich einmal heftigen Kummer darüber gemacht, dass ein weisses Lämmchen, mit dem er gern gespielt hatte, geschlachtet und verspeist wurde. Er selbst läugnete diese offenbar ganz richtige Beziehung ab und behauptete nur, einen unüberwindlichen Widerwillen gegen dieses Fleisch zu haben. Wenn viele Leute vor Froschschenkeln, Schnecken, Austern Ekel haben, so ist es wohl am wenigsten der specifische Geschmack dieser Speisen, welcher den Ekel veranlasst. Ich kenne eine Person, die alle Fische mit Wohlbehagen verzehrt, nur keinen Aal, weil ihr der schlangengleiche Wuchs dieses Tieres einen widerlichen Eindruck macht. Gewöhnlich sind solche Leute aber ganz felsenfest von dem

schlechten Geschmack der von ihnen perhorrescierten Speisen überzeugt. Bei einer schwer hysterischen Dame, die besonders nach Gemütserregungen an Globus und Dysphagia spastica, gelegentlich auch an nervösem Erbrechen litt, beobachtete ich zu meinem grossen Erstaunen, dass alle nur denkbaren Fleischarten und -Gerichte zurückgewiesen wurden, während sie Wurst in jeder Form ohne Anstand verzehrte. Als ich so unvorsichtig war, sie auf den Widerspruch aufmerksam zu machen, war sie selbst überrascht und suchte in allen möglichen Unterschieden von Temperatur, Consistenz und Zusammensetzung die Erklärung, ohne sich übrigens im mindesten in ihrer Gewohnheit stören zu lassen. Ich bemühte mich vergebens, den Ursprung der Abneigung, welchen ich in irgend einer besonderen Vorstellung suchte, aufzuspüren.

Ich habe mich über diese ziemlich trivialen Erfahrungen nur deshalb weiter ausgelassen, weil ich als Ursache des habituellen Erbrechens in manchen Fällen das Ekelgefühl ansprechen möchte, welches durch bestimmte, dem kranken Individuum vielleicht selbst nicht genau bewusste, bei jeder passenden Gelegenheit wieder auftauchende Vorstellungen unterhalten wird.

Eine gewisse Kategorie von Fällen, die mit capriciösen Neigungen und Abneigungen beim Essen beginnen, möchte ich mit grosser Sicherheit hierher rechnen. Die betreffenden Kranken erbrechen erst nur manche Speisen, nach und nach ertragen sie immer weniger, bis der Magen schliesslich nur noch einige meist sehr sonderbare Nahrungsmittel behält. Mit besonderer Energie werden sanfte und reizlose Speisen (Milch, rohes Fleisch etc.) wieder ausgeworfen. Es sind nicht die gleichen Kranken, wie diejenigen, welche an Anorexie leiden, sie haben im Gegenteil eine sehr rege Esslust, aber ihre Strebungen nach geniessbarem Material sind ganz pervers. Sie verhalten sich den schmackhaftesten Speisen gegenüber ungefähr so, wie ein gewöhnlicher Mensch sich benehmen würde, wenn man ihm eine tote Ratte zu essen gäbe. Es sind gerade die appetitlichsten Gerichte, welche ihr Ekelgefühl am meisten reizen, und das wenige, was sie ohne Erbrechen zu sich nehmen können, sind Gegenstände, deren ordentliche Bestimmung gar nicht die ist, gegessen zu werden, und die ihnen vielleicht eben deshalb keinen Ekel machen. Neuropathische Personen sind gegen Ekelgefühle überaus empfindlich; darum können sie auch einmal solchem Uebermass an Ekel zum Opfer fallen. Was einem gewöhnlichen Menschen höchstens den Appetit raubt, kann einer hysterischen Person den Magen um-

drehen. Ein bierkräftiger Brauknecht verliert vielleicht auf der Stelle seinen herrlichen Durst, wenn er ihn mit kuhwarmer Milch stillen soll. Wenn ihn aber ein missgünstiges Fatum ins Spital wirft, gewöhnt er sich bald an Milchdiät. Eine alte Jungfer hingegen kann soweit kommen, dass ihr alles Geniessbare auf der Welt ein Greuel ist, was nicht nach Cichorie schmeckt, und Niemanden wird es gelingen, ihr diese Eigentümlichkeit zu rauben. Man erkennt diese Kategorie von Kranken leicht an ihrem launenhaften eigensinnigen Wesen. Diese Launen sind aber nicht so ganz zufällig und sinnlos, sondern sie werden wohl durch bestimmte Gefühle und Vorstellungen geschaffen. Im ersten Stadium, wo der Widerstand gegen das Essen immer weiter um sich greift, machen manche dieser Kranken umständliche Reflexionen über Vegetarianismus und Kannibalismus und gelangen zu Resultaten, die man, wenn der Anlass nicht so unbedeutend wäre, Wahnideen nennen könnte. Bei einer Kranken fiel mir auf, dass sie das Fleisch, welches sie nicht ganz entbehren wollte, auf ganz absurde Weise zum Genuss herrichtete. Sie schabte es ganz fein, mischte den Brei mit Zucker und Mehl, setzte Zimmt, Anis und ähnliche Gewürze zu und brachte den Teig, welchen sie nachher im Backofen fertig machte, in die Form von bekannten Gebäcken, so dass man in dem schliesslichen Produkt gar kein Fleischgericht vermutet hätte. Diese Dame war so sehr die Sklavin ihrer vorgefassten Meinung, dass sie, wenn sie ausging, eigene Wege machte, um den Anblick der Fleischerläden zu meiden, welche, wie sie sich ausdrückte, durch die öffentliche Schaustellung der gemordeten Tiere unsere ganze Kultur verpesten. Sie ging nur selten in Gesellschaft, weil sie immer fürchtete, einem nach der gewöhnlichen conservativen Methode mit möglichster Erhaltung der Gewebestructur hergestellten Braten zu begegnen und die Leute durch ihren Abscheu zu beleidigen. Wäre diese Dame unter irgend welchem Zwang der Verhältnisse in die Lage gekommen, sich mit der landesüblichen Kost begnügen zu müssen, so hätte man sofort das schönste habituelle Erbrechen gehabt. Die Ursache wäre vielleicht ganz verborgen geblieben; denn sie lebte, mit einer teilweisen Krankheitseinsicht begabt, beständig in der Furcht, ausgelacht zu werden und war deshalb sehr wenig mitteilsam. Und wenn sie einmal sich ausgesprochen hatte, bereute sie es gleich darauf und bat um Wahrung des Geheimnisses. Ob diese Patientin inzwischen vollends verrückt geworden ist, ist mir nicht bekannt.

Der Ekel kann zur bleibenden Gewohnheit werden, während

die Vorstellungen, in deren Begleitung er ursprünglich auftrat, verblassen; ja die ekelerregenden Vorstellungen brauchen überhaupt gar nicht in dieser besonderen Eigenschaft dem Bewusstsein bekannt zu werden. In der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle wissen die Personen absolut keinen Grund für ihre Ekelgefühle anzugeben. Und doch könnten unbewusste Vorstellungen zu Grunde liegen. Erbrechen kann durch eine Sinnesempfindung oder durch eine Vorstellung erzeugt werden, ohne dass das Individuum sich des Zusammenhangs bewusst wird, ohne dass die Aufmerksamkeit auf die betreffende Vorstellung gerichtet ist, und ohne dass der Wille irgend etwas damit zu schaffen hat. *Maudsley* nennt diesen reflexähnlichen Effect eine sensumotorische bezw. ideomotorische Bewegung. Das Gähnen ist ein bekanntes Beispiel. In epileptischen, hypnotischen, somnambulen Zuständen sind solche Bewegungen vorherrschend. Das alltägliche Thun und Treiben der Menschen erfolgt grösstenteils nach diesem Schema. Alle Hysterischen und Neurasthenischen befinden sich in einem Zustand von Passivität, in welchem diese automatischen Reactionen ein breites Gebiet einnehmen. Da Vorstellungen, wie sich durch zahlreiche Beispiele belegen lässt, sowohl mit Sinnescentren als mit Bewegungscentren diesen innigen Connex eingehen können, ist es wahrscheinlich, dass der Reflexbogen für das Erbrechen sogar von zwei Seiten aus gleichzeitig in Thätigkeit gesetzt wird. Diese ohne Einfluss des Willens und ohne Bewusstsein vor sich gehenden an Vorstellungen geknüpften Actionen haben freilich nicht immer einen automatischen Charakter gehabt. Die Verbindung erfolgte gewöhnlich ursprünglich mit Bewusstsein und Aufmerksamkeit; aber die öftere Wiederholung und Einübung, die Gewöhnung, bindet die Vorstellung so fest an die Reflexaction, dass schliesslich mehr Willenskraft dazu nötig ist, letztere zu verhindern als sie zu vollbringen. Da das erste Stadium, in welchem solche automatische Action eingelernt wurde, von den Individuen längst vergessen ist, vermögen dieselben natürlich selbst keine befriedigende Erklärung über den Ursprung zu geben; dagegen wird dem Causalitätsbedürfnis durch irgend eine dem populären Verständnis angemessene Erklärung genügt, welche mit Eifer verteidigt wird. *Weir Mitchell* erzählt von einem Mann, der jedesmal, so oft seine Frau schwanger wurde, einige Monate lang habituelles Erbrechen bekam, offenbar von dem Vomitus, den seine Frau nur sehr sparsam verübte, angesteckt. Ich weiss nicht, mit welchem Erklärungsversuch dieser Mensch sein Verhalten rechtfertigte. Ihm die wirk-

liche Pathogenese plausibel zu machen, wäre wohl nicht gelungen. Für Menschen, die niemand erbrechen sehen können, ohne sich anzuschliessen, ist das Andenken an öfters wiederholtes Erbrechen eine gefährliche Mitgabe, denn das schlummernde Ekelgefühl bedarf nur eines leichten Anstosses, um wieder aufzuwachen.

Ekelerregende Vorstellungen stehen nicht immer in Beziehung zu der Nahrungsaufnahme. Das Anhören einer garstigen Erzählung, der Anblick eines widerlichen Vorgangs kann auch Ekel und Erbrechen hervorrufen, und das Taedium vitae ist mehr als ein blosser Vergleich. Wenn abstracte ideale Vorstellungen das Ekelgefühl erzeugen, geschieht dies durch Vermittlung eines Affects, und wir reden alsdann lieber von Abscheu und Widerwillen. Gemütsbewegungen, welche innerhalb normaler physiologischer Grenzen verlaufen, kommt eine so energische Aeusserung, dass sie sich in Erbrechen Luft machen, nicht zu. Es giebt aber Individuen von krankhaft herabgesetzter Widerstandsfähigkeit, bei welchen diese Reaktion erleichtert ist. Häufig kommen noch verwandte Symptome hinzu, so z. B. krampfhafte Schluckbewegungen, quälendes Würgen, Zusammenschnürung der Kehle, Stimmlosigkeit. Die Zahl der Affecte, welche diese üblen Folgeerscheinungen nach sich ziehen, ist eine grosse, Zorn, Wut, Aerger, Schreck, Angst, Trauer, Kummer und unter besonderen Umständen noch manche andere.

Der Culturmensch wird zur Unterdrückung der Affecte oder wenigstens ihrer körperlichen Erscheinung erzogen. Die Affecte verflachen sich unter dem Einfluss einer sorglich eingeübten systematischen Hemmung durch die Willkür; die beim Naturkind so prompt ausgelösten unmittelbaren Bewegungserscheinungen werden geringer und beschränken sich auf immer engere Gebiete. Jene Aeusserungen bilden aber gewissermassen nützliche Ableitungen für allzu heftige Affecte. Ein kleines Kind schreit, strampelt mit den Beinen, schlägt mit den Armen um sich, weint, schluchzt, fängt an zu würgen, wenn es erzürnt wird, ist aber in allerkürzester Frist wieder ruhig und zufrieden. Der verbissene Aerger des Erwachsenen beeinflusst viel nachhaltiger alle psychischen Leistungen. Unser modernes Leben bringt eine solche Fülle von Anreizen zu starken Affecten, dass manche schwächlich geartete Seele durch die Affecte selbst oder durch das stete gewaltsame Ankämpfen gegen dieselben erschöpft wird und schliesslich unterliegt. Die Erziehung des Weibes in den besseren Ständen bildet die hohe Schule für die

Hysterie, wie der Kampf um Brot und Ehre beim Manne die Neurasthenie grosszieht. Ohne bei diesen bis zum Ueberfluss gepredigten Thematen zu verharren, möchte ich für meine Zwecke nur hervorheben, dass die klassischen Symptome der Hysterie fast ausnahmslos als körperliche Aeusserungen intensiver Gemütserregungen bekannt sind. Ich habe die Ueberzeugung, dass ein nicht geringer Teil der Fälle von schwerer Hysterie nichts anderes bedeuten, als die schädigende Einwirkung lang anhaltender und oft wiederkehrender Affecte auf die Psyche. Bei zwei Fällen mit Hemicranie, Clavus, Globus, Oesophagismus, perversem Appetit, Brechneigung etc. hatte ich Gelegenheit, diese Aetiologie bis ins einzelne zu verfolgen, obwohl ich dieselben nicht in ärztlicher Function kennen lernte; bei einem konnte ich sogar die Probe machen. Derselbe war so schwer, dass schon eine ernste gynaekologische Operation, allerdings ohne jeden Erfolg, gemacht worden war. Eine glückliche Schicksalswendung brachte die Erfüllung jahrelanger Sehnsucht, und die Hysterie war zum eigenen Erstaunen der Dame wie mit einem Zauberschlag geheilt. Ein späterer Rückfall bestätigte den innigen Zusammenhang der Krankheit mit dem Gemütsleben. Es ist bekannt, dass man in schlechter Stimmung nicht essen mag und dass einem die mit Unlust verzehrte Mahlzeit schlecht bekommt und alle möglichen Beschwerlichkeiten bereitet. In solcher Lage befinden sich viele Hysterische andauernd. Ihre Lebensfreude ist vergällt, sie sind um ihre Hoffnungen betrogen, sie sind an Verhältnisse gekettet, mit welchen sie sich nicht versöhnen können, sie müssen auf die Verwirklichung ihrer krankhaften Ideale für immer verzichten. Kein Wunder, dass sie des Lebens selbst überdrüssig werden, dass sie in ihrer permanent unzufriedenen Stimmung alles anekelt. Alle Affecte verfälschen zudem die Wahrnehmung und beeinträchtigen die richtige Kritik der Beziehungen des Subjects zu der Aussenwelt und sogar zum eigenen Körper. Insbesondere bereiten sie das Feld für eine wahnhaft gefärbte Selbstbeobachtung und verleihen den ausgebrüteten Meinungen durch nachhaltige Gefühlsbetonung das Uebergewicht des Vorurteils über die in ruhigeren Zeiten vergeblich einsetzende Berichtigung. Die Affecte schaffen, um einen modernen Ausdruck zu gebrauchen, eine starke der Richtung des Affects entsprechende Suggestibilität, auf deren Bedeutung wir noch zurückkommen werden.

Ewald erwähnt zwei Fälle seiner Beobachtung, in denen ein heftiger Affect die directe Ursache des habituellen Erbrechens war.

Ein junges Mädchen war unmittelbar nach dem Tode ihres Vaters erkrankt, ein zweites infolge der Aufhebung ihres Verlöbnisses. Bei solchem akutem Beginn haben wir die niederschmetternde Wirkung eines ungezügelten plötzlichen Affects; die Restitution wird durch die zurückbleibende dauernde Gemütsdepression erschwert. Ebensogut wie durch solchen momentanen Shok kann der psychische Widerstand langsam Schritt für Schritt durch das unaufhaltsame Andrängen ungünstiger Schicksalscombinationen gebrochen werden.

In gewissen Fällen ist das habituelle Erbrechen nur ein Begleitsymptom der Anorexie. Namentlich bei Hysterischen kommt im Verein mit anderen schweren Symptomen, bisweilen auch isoliert, eine unüberwindliche Appetitlosigkeit vor [1]). Nicht gar selten führt dieser Zustand zu hartnäckiger Nahrungsverweigerung. Von der blossen Appetitlosigkeit oder Unlust zum Essen zum Widerwillen gegen die Nahrung ist nur ein Schritt. Das Ekelgefühl, welches sich leicht einstellt, wenn jemand ohne Appetit zum Essen genötigt wird, steigert sich leicht zum Erbrechen. Meist zwingen sich die Kranken selbst dazu, etwas zu geniessen, sei es, dass sie sich vor den Folgen der Abstinenz fürchten, oder dass sie den Bitten ihrer besorgten Angehörigen nachgeben. Aber was sie mit Widerwillen verzehren, erbrechen sie leicht wieder. Und diese Wirkung ist bei nervösen Personen nicht sehr zu verwundern, wenn man voraussetzen darf, dass sie wirklich mit totaler Appetitlosigkeit zu kämpfen haben.

Die Anorexie ist ein Symptom, dem stets ein centraler Ursprung zukommt. Man trifft sie regelmässig bei Intoxications- und Infektionskrankheiten, welche das Gehirn schwer schädigen. Bei Magenkrankheiten, welche nicht unter diese Rubrik fallen (z. B. Ulcus ohne Katarrh), ist der Appetit gut erhalten. Bei Geisteskrankheiten ist die Anorexie von der grössten Bedeutung. Sie begleitet gerne die ersten Anfänge der acuten Psychose, während ihr Verschwinden wiederum den Beginn der Genesung anzeigt. Bei der Entwicklung des Vergiftungswahns scheint mir die Anorexie öfters als primäres Symptom eine Rolle zu spielen. Manche Kranke zeigen Sitophobie, ohne dass irgend eine Aeusserung zu eruieren wäre, welche auf Geschmacks- und Geruchshallucinationen hinwiese. Die Kranken, welche ich hier meine, äussern sich oft in ganz charakteristischer Weise.

1) Vgl. insbes. *Lasègue*, De l'anorexie hystérique. Arch. générales de médicine. 1873. *Huchard*, Anorexie mentale. Traité des névroses. 1883.

Die Speisen erscheinen ihnen anders als früher, sie haben einen sonderbaren Geschmack, für den sie keine passende Bezeichnung und keinen Vergleich finden. Sie fühlen, dass irgend etwas darin sein muss, obwohl sie nichts Unrechtes herausschmecken können. Erst nach und nach tauchen bestimmte Vermutungen auf. Es muss Gift in die Speisen gemischt worden sein, aber ein ganz eigenartiges Gift, das man nicht sehen, nicht riechen, nicht schmecken, nicht einmal chemisch nachweisen kann, das alle anderen Menschen unbehelligt lässt und nur das arme Opfer schädigt. Nicht immer versteigen sich die Kranken zur Vermutung eines Giftes, sondern sie begnügen sich mit harmloseren Annahmen. Die Köchin arbeitet mit schmutzigen Händen, die Speisen werden in unreinem Geschirr bereitet, Messingpfannen, Zinnteller werden verwendet; bald wird bloss schales Wasser, welkes Gemüse, verdorbenes Fleisch vermutet, bald lenkt sich der Verdacht auf Verunreinigung mit Blut, Urin, Kot, Sperma und andern ekelhaften Stoffen. Hallucinierende Kranke machen ganz andere von vornherein sehr präcise Angaben: die Speisen schmecken scharf, kratzend, bitter, haben Leichengeruch, stinken nach Schwefel. Bei den Kranken mit Anorexie fehlen solche bestimmte Wahrnehmungen. Die Appetitlosigkeit ist ihnen zunächst etwas Unbegreifliches. Da es ihnen selbstverständlich ferne liegt, die Ursache in einem pathologischen Hirnprocess zu suchen, suchen sie dieselbe in der Aussenwelt. Die Vermutungen erhalten durch die Wiederholung derselben Erfahrung eine immer festere Stütze und werden allmählich zur Gewissheit. Schliesslich können sie nicht verstehen, warum die offenkundigen Veränderungen nicht auch von anderen Personen anerkannt werden. Aehnliche Vermutungen können auch bei einem geistesgesunden Menschen, der an Appetitlosigkeit erkrankt, auftreten, nur wird er sich nicht zu so kritiklosen Combinationen verirren. Dem Gesunden schmeckt, sobald er gesättigt ist, die beste Speise nicht mehr. Wenn man von einer übereifrigen Wirtin genötigt wird, über Appetit zu essen, können einem die schmackhaftesten Gerichte förmliche Qualen bereiten. Eine andere Gruppe von Kranken findet die Ursache der Appetitlosigkeit im eigenen Körper. Belegte Zunge, Drücken in der Magengegend, Abmagerung liefern ihm die Beweise für irgend ein schweres Magen- oder Leberleiden. Die fehlenden Symptome werden nach und nach vollends ergänzt.

Ich glaube nicht, dass die Fälle von habituellem Erbrechen, welche sich aus krankhafter Appetitlosigkeit entwickeln, sehr zahl-

reich sind, aber ich halte sie für wichtig, weil ihre Entstehung so durchsichtig ist. Freilich muss noch ein besonderes Moment hinzukommen, wenn blosse Appetitlosigkeit zum Erbrechen führen soll, dasselbe Moment, das sich auch bei allen anderen Ursachen wiederholt, eine erhöhte Nervenirritabilität oder vielmehr eine verringerte Widerstandsfähigkeit gegen abnorme Empfindungen.

Die Anorexie kann so verdeckt sein, dass sie übersehen wird. Die Kranken behaupten oft selbst, ganz guten Appetit zu haben. Sie essen ja wie ein anderer Mensch. Sie gehen mit bester Hoffnung ans Werk, und mitten im Genusse der Mahlzeit stellt sich das Taedium ein. Bald genügt die blosse Intention zu essen, um ihnen die latente Appetitlosigkeit mit unüberwindlichem Zwange zum Bewusstsein zu bringen, bald entsteht der Ekel erst nach glücklich vollbrachter Mahlzeit an Stelle des normalen Sättigungsgefühls. Nach dem Erbrechen haben die Kranken gleich wieder Appetit, aber bei jedem neuen Versuche zu essen befällt sie das gleiche Uebel. Der Appetit ist scheinbar vorhanden, aber wenn er die Probe bestehen soll, versagt er. Noch auf andere Weise kommt das cachierte Symptom zum Vorschein. Die Kranken nehmen — vielleicht aus Gewohnheit — reichlich Nahrung zu sich, aber sie müssen alles, was sie geniessen, wieder von sich geben; und die Entbehrung bewirkt auch eine auffällige Abmagerung. Nur eines ist sonderbar, die Patienten fühlen sich ganz wohl bei ihrem Leiden und ertragen ihre Abstinenz ohne Beschwerden. Wie ganz anders benimmt sich ein Mensch mit gesundem Appetit, der durch irgend einen Zufall zur Abstinenz verurteilt ist. Der Appetit wird bei ihm zum Heisshunger, welcher übermächtig jedes andere Gefühl übertäubt, jede andere Regung verdrängt und die stärksten intellektuellen und ethischen Hemmungen niederwirft. Man vergleiche das habituelle Erbrechen bei Oesophagusstrictur und bei Hysterie. Anhaltendes Fasten wirkt geradezu vernichtend auf den Organismus. Freiwilliges Fasten kommt nur bei Geisteskranken vor und wird von diesen nur geleistet und ertragen, weil ihr Hungergefühl herabgesetzt ist. Die modernen Hungerkünstler haben sich ja auch als Geisteskranke herausgestellt, soweit sie nicht als Schwindler zu betrachten sind. Die Hysterica, welche das habituelle Erbrechen lange Zeit gut aushält, nimmt ihre Nahrung nicht aus dem natürlichen Drange, den wir Hunger nennen, sondern sie folgt nur einer alten Gewohnheit oder einer äusseren Gewalt. Das Erbrechen aber wird durch einen höheren Grad derselben Störung bewirkt, welche auch die Appetit-

losigkeit erzeugt, denn von dem schlechten Appetit bis zur Uebelkeit ist kein weiter Weg. Fast jeder Neurastheniker weiss davon zu erzählen.

Bei unseren Tübinger Kranken wurde fast ausnahmslos Appetitlosigkeit und Ekel nicht in stärkerem Grade bemerkt. Diese Fälle würden fast alle eine andere Aetiologie haben. Wenn man aber die aus den Kliniken von *Charcot, Huchard, Dujardin-Beaumetz* stammenden Krankengeschichten [1]) liest, überzeugt man sich, dass die Fälle, in denen Appetitlosigkeit und Abneigung gegen die Nahrung zusammen mit habituellem Erbrechen vorkommen, nicht zu den Seltenheiten gehören.

Die französischen Kliniker haben, dabei wesentlich auf der Annahme der Anorexie fussend, eine besondere Behandlungsmethode ausgebildet, die sehr günstige Resultate ergeben haben soll. Die künstliche Fütterung mit der Schlundsonde hatte namentlich bei Phtisikern auffallend gute Erfolge erzielt. Man hatte dazu Kranke benützt, welche zum Schlucken zu schwach sind und deshalb gar nicht essen mögen, oder welche rasch müde werden und wohl essen möchten, aber nichts hinunterbringen. Die Patienten mussten offenbar noch gesunde vegetative Funktionen haben, um die grossen Nahrungsmengen so gut verwerten zu können. Diese Methode wurde nun auf die Hysterischen mit Anorexie und habituellem Erbrechen übertragen. Man hatte zwar bei diesen ein schweres Darniederliegen gerade des vegetativen Systems angenommen, in der Art, dass das Erbrechen nur der physiologische Ausdruck des mangelnden Nahrungsbedürfnisses wäre, und dazu passte die gewaltsame Uebernährung nicht. Der Erfolg der neuen Methode war aber ein ganz überraschender. Nach einer kurzen Periode der Unsicherheit, in der sich die Patienten über Sinn und Zweck des Verfahrens erst orientieren und den Unannehmlichkeiten der Sondierung anpassen mussten, geschah alles, was erwartet wurde. Das Sondenfutter wurde nicht erbrochen, wohl aber gemeine Nahrung. Diese Gepflogenheit behielten die Patienten eine mehr oder weniger lange Zeit bei. Dann folgte eine Periode der allmählichen Rückkehr zur landesüblichen Ernährungsweise. Die Versuche, die neue Erfahrung zu erklären, mussten bei der in den Pariser Kliniken üblichen Ignorierung suggestiver Wirkungen sehr unglücklich ausfallen. *Denian* und *Herré*

1) *Dujardin-Beaumetz,* Clinique thérapeutique. 1883. 7. et 11. leçon. *Gilbert-Ballet,* Deux cas de vom. nerveux traités avec succes par l'alimentation artificielle. Progrés médical de juin 1882.

de Lavaur, die ausführlich über die Sache schreiben, geben nur einige Vermutungen zum Besten und verzichten auf eine wissenschaftliche Interpretation. Und doch waren Züge beobachtet worden, welche notwendig zur allein richtigen Auffassung hätten führen müssen.

Bei unseren Tübinger Fällen wurde verhältnismässig selten die künstliche Fütterung, öfters in geeigneten Fällen die Magenspülung geübt. Nie aber sah man sich durch die mehrmals recht günstige Wirkung dieser Manipulation veranlasst, ihr irgend welche spezifische Wirkung zuzuschreiben, sondern man fand die Annahme, dass sie nur auf psychischem Wege einwirke, durch jede Beobachtung bestätigt. Für die Magenspülung wäre eine andere Wirkungsweise bei dem mächtigen Reflexreiz, der durch sie gesetzt ist, eher begreiflich. Bei organischen Magenkrankheiten, insbesondere bei chronischem Katarrh hat sie regelmässig den günstigen Erfolg, den Appetit anzuregen.

Ich habe die Appetitlosigkeit den Affekten angereiht und bin mir wohl bewusst, dass ich darin einen Schritt zu weit gegangen bin. Um dieses Wagnis näher zu motivieren, möchte ich hinzufügen, dass in dem ganzen Verhalten der an Anorexie leidenden Patienten stets manche psychische Leistungen krankhaft verändert erscheinen. Vor allem leiden dieselben fast regelmässig zugleich an Schlaflosigkeit, sie können schwer einschlafen und finden im Schlafe nicht die gewünschte Erholung. Dieses Symptom findet in den nach den Principien der internen Medicin geschriebenen Krankengeschichten noch öfters Erwähnung; weniger anspruchsvoll zeigen sich andere Symptome eines psychischen Reiz- und Ermüdungszustandes, die aber bei entsprechender Beobachtung nicht übersehen werden können. Die betreffenden Kranken erweisen sich in mannigfachster Weise psychisch insufficient. Sie haben keine Lust zur Arbeit, keine Freude an Unterhaltungen, sondern eilen stets unbefriedigt, aber immer Neues begehrend von einem zum anderen, um dann abwechslungsweise wieder in stumpfer Gleichgültigkeit zu verharren; sie zeigen bald Denkfaulheit, bald Ideenflucht, können zu keinem Entschluss kommen, sind nicht im Stande sich zu besinnen, zu überlegen und zu erwägen, eine methodische Gedankenreihe bis zum Ende zu verfolgen, können ihre Stimmungen nicht beherrschen, müssen jedem Einfall nachgeben, jedem auftauchenden Gedanken nachhängen. Kurzum es handelt sich um vielfache und allseitige psychische Hemmungserscheinungen leichteren Grades, die meist von

einem mässigen, aber ausgesprochenen depressiven Affekt begleitet sind. Von intelligenten Kranken werden diese Störungen gewöhnlich auch dem Arzte gegenüber verheimlicht. Die Umgebung der Kranken legt auf deren apathisches Verhalten kein grosses Gewicht. Die Kranken selbst und der beobachtende Arzt werden gar zu leicht durch das anspruchsvolle Symptom, dem die Hauptbedeutung zugeschrieben wird, von der kritischen Verwertung der übrigen Erscheinungen abgelenkt. Verdächtig ist das übermässig starke Krankheitsgefühl und die einseitige Concentration der Aufmerksamkeit auf das supponierte körperliche Leiden. Die launenhaft wechselvollen Klagen des Hypochonders, wie er im Lustspiel auftritt, kommen diesen Kranken nicht zu. Sie bleiben im Gegenteil sehr consequent bei dem einen, wenig umfangreichen wahnhaften Product stehen, das ihre Seele beherrscht, und lassen sich weder durch Bitten noch durch Gründe davon abbringen. Einige dieser Fälle sind, wenn man sie nach psychiatrischen Gesichtspunkten beurteilt, nichts anderes als leichte Melancholien, und das nervöse Erbrechen bleibt sowohl für die Auffassung des Wesens der Krankheit als auch für den Behandlungsplan nur eine nebensächliche Teilerscheinung.

Andere Kranke, bei denen der Hauptschwerpunkt ebenfalls auf psychiches Gebiet fällt, sind zwar frei von dem echten melancholischen Affekt und haben keine Verlangsamung des Denkens und keine Hemmungserscheinungen in ihren ruhigen Zeiten, sie geraten aber anfallsweise in heftige Angst mit dem Gefühl der Lebensbedrohung, der körperlichen Vernichtung, mit Erstickungs- und Ohnmachtsgefühl, Uebelkeit, Erbrechen, Schweissausbruch. Häufig wird während und nach diesen Affektzuständen eine ganz isolierte hypochondrische Wahnidee geäussert, die sich gerne an Functionsstörungen im Vagusgebiet anlehnt. Das Wahnbild einer Magenkrankheit ist natürlich zur weiteren Illustration besonders geeignet. Bei anderen Kranken ist die Intensität der Angst eine viel geringere, während die körperlichen Hemmungen ein viel weiteres Gebiet umfassen: sie können nicht schlucken, haben Regurgitation und Erbrechen nach dem Essen, können nicht zu Stuhle gehen, nicht Urinlassen, nicht stehen und gehen, nicht schreiben, nicht sprechen, nicht atmen, nicht schlafen und glauben deshalb rettungslos zu Grunde gehen zu müssen. In diesem breiten Symptomencomplex ist das nervöse Erbrechen in ganz typischer Weise enthalten, nur wird es durch anspruchsvollere Symptome übertönt. In einigen, aber nicht in allen Fällen kommen zu diesen motorischen Hem-

mungserscheinungen noch eine bunte Reihe von Sensationen, die gewöhnlich einen phantastischen Anstrich haben. Auch die Wahnideen, welche sich nach und nach formieren, haben bei sonst guter Besonnenheit und Intelligenz gern eine ins Ungeheuerliche und märchenhafte gehende Richtung, offenbar weil die verarbeiteten motorischen und sensiblen Störungen durch ihre fremdartige mit allen früheren Erfahrungen unvereinbare Natur das Individuum gänzlich verblüffen.

Bei den gewöhnlichen Fällen von Hypochondrie wird der Affekt von den Laien nicht so leicht bemerkt, da sie ihr Augenmerk mehr dem wahnerfüllten Reden und Gebahren des Kranken zuwenden. Diese armen Hypochonder werden wegen ihrer »fixen Idee« belächelt und finden nirgends das Mitleid, das sie mit ihrem traurigen Schicksal verdienen.

Schon *Barras* [1]) beschreibt klassische Bilder dieser acuten und chronischen hypochondrischen Geistesstörung mit habituellem Erbrechen. Ein 38jähriger Handwerker, dessen Vater an Magenkrebs gestorben war, und der schon jahrelang bei der geringsten Indisposition den Ausbruch derselben Krankheit bei sich fürchtete, erkrankte ganz plötzlich unter Magenschmerz, Uebelkeit und Erbrechen und bot dabei ein Bild fürchterlichster Angst. Ein Amerikaner trug seine vermeintliche Magenkrankheit, mit welcher er die Aerzte seiner Heimat schon jahrelang gelangweilt hatte, über den Ocean nach Paris, um den ersten Aerzten der Welt zu beweisen, dass die Sammtauskleidung seiner Magenhöhle durchgefressen sei. Die beiden konnten von Glück sagen, dass sie nicht in die Hände der antiphlogistischen Praktiker fielen, gegen welche *Barras* so kühn Front machte. Auf Grund seiner reichen Erfahrungen behauptet *Barras* mit grosser Bestimmtheit: »*l'idée seule, et à plus forte raison la peur, d'avoir soit une lésion organique, soit une inflammation latente du système digestif, peut donner lieu à une gastralgie* (unter diesem Titel sammelt er alle nervösen Magenkrankheiten, namentlich auch das habituelle Erbrechen, das er meisterhaft beschreibt), *en fixant continuellement l'attention du malade sur son estomac, pour épier ce qui s'y passe . . . ôtez-lui son idée chimérique et vous le guérirez; car toute la maladie est là*«.

Wir werden auf die hypochondrische Wahnbildung, die entschieden den Angelpunkt in der Lehre vom habituellen Erbrechen bildet, bald wieder zurückkommen.

1) Traité sur les gastralgies. 1827.

Während die Wege, auf welchen die gemütliche Ueberreizung durch eine Weiterentwicklung der körperlichen Erscheinungen der Gemütsbewegungen zu habituellem Erbrechen führt, nicht unverständlich sind, fehlt uns für die Wirkungsweise intellectueller Ueberanstrengung eine ähnliche Erklärung. Für Erwachsene möchte ich bei nervösem Erbrechen das aetiologische Moment der Ueberbürdung mit geistiger Arbeit nicht in Anspruch nehmen, wohl aber scheint es für das kindliche Alter Gültigkeit zu haben. *Leyden* (Berl. kl. Wochenschr.) schildert hierher gehörige Krankheitserscheinungen, welche er an Kindern, die in der Schule überangestrengt werden, beobachtete. *„Solche Kinder essen wenig, klagen über Beschwerden, magern ab, werden schwach, reizbar, launisch. Namentlich bemerkenswert ist das häufige (habituelle) Erbrechen bei solchen Kindern. Jeden Morgen, oder im Lauf des Tages fast nach jeder Mahlzeit tritt Erbrechen ein. Nimmt man sie aus der Schule, so hört das Erbrechen auf, sie bekommen Schlaf, Appetit, werden heiter und erholen sich sichtlich in kurzer Zeit“* [1]). Ich glaube, dass weniger die übermässige Schularbeit, als die durch das Gefühl der intellectuellen Unzulänglichkeit oder durch den unfreiwilligen Verzicht auf die erforderliche Erholung gesetzte Verstimmung die Appetitlosigkeit und das Erbrechen erzeugt. Das Schulkind kann, besonders wenn es frühzeitig zu ehrgeizigem Streben herangezogen wird, sehr nachhaltigen Gemütsbewegungen zum Opfer fallen.

Wenn die Empfindung des Ekels und der Uebelkeit, welche Erbrechen zur Folge hat, durch Associationen irgend welcher Art erweckt wird, nehmen wir zur Erklärung des Vorgangs am besten Processe in der Hirnrinde an und stellen uns vor, dass der Reiz aus sensorischem Rindengebiet auf sensible Kerne der Medulla geleitet wird, um dort auf motorische Kerne überzuspringen. Ein Teil der beim Erbrechen thätigen Muskulatur wird aber direkt von motorischen Gebieten der Gehirnrinde aus regiert. Es dürfte deshalb nicht unwichtig sein, nachzuforschen, ob auch Bewegungsvorstellungen den Brechreflex einleiten können, und festzustellen, welche Beziehungen derselbe zu Willkürbewegungen in dem entsprechenden Muskelgebiete besitzt.

Der Brechvorgang ist zunächst der Willkür nicht unterworfen, und doch gibt es Leute, die willkürlich erbrechen können, ebensogut wie solche, die lachen oder weinen können, wenn es ihnen be-

1) Cit Leube pag. 492.

liebt. Zu dieser Leistung gehört eine besondere Befähigung und Uebung. Wenn aber das Kunststück des willkürlichen Erbrechens möglich ist, können wir hier dem Kapitel der Simulation, das sich in jede Besprechung hysterischer Krankheitserscheinungen eindrängt, nicht entgehen. Ist das Erbrechen auch als Willkürbewegung im engeren Sinne nicht vorgebildet, so kann es jedenfalls auf Umwegen durch die Willkür modificiert werden, wie z. B. die unwillkürliche Herzaction durch absichtliche Aenderung der Atmung beeinflusst werden kann, oder es kann durch beharrliche Versuche schliesslich die erforderliche complicierte Muskelbewegung erlernt werden.

Die Römer der üppigen Kaiserzeit hatten neben dem Speisesaale ein Vomitorium angebracht, d. h. ein Cabinet, in welchem sie absichtlich ihrem überfüllten Magen wieder Raum schafften für weitere Tafelfreuden. Aehnliche Gebräuche sind auch der Neuzeit nicht ganz fremd, nur besteht der reproducierte Stoff nicht in Lerchenzungen und anderen Leckerbissen, sondern in gemeinem deutschem Bier und beschränkt sich die Sitte auf ganz kleine Bevölkerungskreise. Da bei den Veranlassungen, wo diese Kunst ausgeübt wird, die volle Willensfreiheit beanstandet werden könnte, habe ich mich nach unanfechtbaren Beispielen umgesehen und unter alten physiologischen Curiositäten manche Namen ehrenwerter Gelehrter gefunden, welche sich darauf eingeübt hatten, ihren Mageninhalt zu einem bestimmten Termin nach dem Essen der Wissenschaft zum Opfer zu bringen, und welchen wir erkleckliche Forschungen über die Verdauung verdanken zu einer Zeit, wo man von Magenfisteln keine Ahnung hatte, und wo die Magenspülung noch keine alltägliche Arbeit war. Geisteskranke mit hartnäckiger Sitophobie bringen es bisweilen zustande, die sonst so glücklichen Erfolge der künstlichen Fütterung zu vereiteln, indem sie es lernen, absichtlich zu erbrechen. Die Erfolge *Weissgerbers*, der den Ructus, welcher ja ebenfalls in habitueller Form als hysterisches Symptom vorkommt, in den künstlichsten Manieren producieren lernte, hatten mich zu ähnlichen Versuchen über das hysterische Erbrechen angespornt, und in der That war ich nach kurzer Zeit meinem Ziele so bedenklich nahe gekommen, dass ich für gut befand, die Verfolgung der Aufgabe schleunigst wieder aufzugeben und meine Wissbegier auf die Erfahrungen fremder Personen einzuschränken. Wer nicht Lust hat, mir die Möglichkeit der Erlernung und Simulation von Erbrechen zuzugeben, dem würde ich raten, diese etwas unästhetischen Experimente selbst anzustellen. *Darwin* erzählt von einem

Individuum, das verschluckte rote und weisse Stachelbeeren auf Wunsch wieder von sich gab, und ein Mann, den *Percy* verewigt, leistete dasselbe mit farbigen Kugeln. Wenn also die willkürliche Production von Erbrechen erreichbar ist, muss es schon von vornherein für sehr wahrscheinlich gelten, dass die stets zur Simulation schwerer Krankheitssymptome geneigte Hysterica sich diese Gelegenheit nicht entgehen lässt. Auch *Deniau* nimmt ohne weiteres aus theoretischen Gründen als eine der Ursachen des habituellen Erbrechens die Simulation an: *Tout le monde sait que par l'influence de la volonté on peut arriver à troubler certaines fonctions qui ne sont cependant pas soumises à la volonté. Ainsi telle hystérique pourra s' habituer à vomir par l'influence pure et simple de la volonté, et de même elles peuvent arriver à supprimer ces mêmes vomissements par un effort inverse, si la nécessité s'en présente.*

Simulation von Erbrechen habe ich einigemale zu sehen Gelegenheit gehabt. Sie war in diesen Fällen leicht kenntlich eben durch die Unzulänglichkeit der Nachahmung. Eine geisteskranke Patientin, welche, um Nachts ungestört Unfug treiben zu können, die Darreichung von Schlafmitteln verhindern wollte und zu diesem Zwecke behauptete, ihr zarter Magen könne Arzneimittel nicht vertragen, sah ich mit unermüdlicher Geduld ihre Ansicht durch gewaltsame Brechversuche unterstützen. Die Abweichung vom natürlichen Erbrechen war aber, obwohl sie fast jedesmal schliesslich den gewollten Erfolg erreichte, ganz in die Augen springend, so dass sie sogar von den Krankenwärterinnen gleich bemerkt wurde. Ihr Gebahren trug ganz den Charakter des Gezwungenen und Unnatürlichen, und man merkte ihr die Anstrengung, mit welcher sie arbeitete, deutlich an; die Uebelkeit mit ihrer lähmenden Wirkung war durch selbstgefällige Befriedigung und Actionslust vertreten. Eine andere Kranke, welche früher Morphinistin gewesen war, quälte ihre Aerzte mit hartnäckigster Ausdauer um Schlafmittel und Beruhigungsmittel. Um keinen Verdacht zu erregen, brach sie alle ihr gewährten Mittel wieder aus, in der Hoffnung, dass man schliesslich zu Morphium oder Opium seine Zuflucht nehmen möchte. Als sie sich in dieser Hoffnung endgültig getäuscht sah, bekam sie einen heftigen »Magenkatarrh« mit schmerzhaftem Magenkrampf und fortwährendem Erbrechen. Als auch diesmal das erwartete Morphium ausblieb, äusserte sie sich endlich direct, um die gethane Arbeit nicht ganz verloren geben zu müssen, und gab ihr Urteil dahin ab, dass nach ihrer Erfahrung — sie war früher

selbst Krankenwärterin gewesen — solche Zustände nur durch Opium gebessert werden. Nachdem diese Mitteilung auch taube Ohren gefunden hatte, ergab sie sich endlich resigniert in ihr Schicksal mit der Prophezeiung, dass unter diesen Umständen ihr Magen noch wochenlang nichts ertragen werde. Doch war der Magen nicht so eigensinnig und besann sich bald auf seine Pflicht [1]). Eine ältere Hysterica, der ich durch ein unvorsichtiges Krankenexamen die Idee des habituellen Erbrechens nahe gelegt hatte, suchte von dieser Stunde ab durch unablässige Brechversuche meine Neugier rege zu halten und betrieb dieses Geschäft mit Liebe und Fleiss. Die Würgbewegungen hatten auch hier ein eigentümliches Gepräge, welches sie sofort als ein Product der Willkür verriet. Wenn man nur von ferne sie arbeiten hörte, bekam man sofort die Gewissheit, dass eine Lüge im Werke war. Sobald die Brechbewegung die erste Ausleerung zur Folge gehabt hatte, sank sie befriedigt zurück und ruhte von ihrer Arbeit aus. Diese Kranke simulierte im Laufe der Zeit eine lange Reihe der schwersten Krankheitssymptome und zwar, wie sich später herausstellte, nach einem wohldurchdachten Plan, um die Aerzte auf ein Geheimnis ihres Körpers hinzuleiten, das zu gestehen sie sich schämte. Ihre Blase barg zwei Haarnadeln, die ihr grosse Beschwerden machten. Sie beteuerte später, wie ihr dieselben nach der operativen Entfernung ad oculos demonstriert wurden, hoch und heilig, sie verschluckt zu haben, während das Unglück natürlich bei einer masturbatorischen Manipulation passiert war. Als bei der Visite, ehe man noch von diesen Fremdkörpern in der Blase Kenntnis hatte, einmal von der Möglichkeit einer Ureterenkolik die Rede war, zu welcher aber noch das Erbrechen fehlte, producierte sie letzteres schleunigst, um die wankende Diagnose, welche ihr die Erlösung versprach, zu sichern, ja sie färbte sich sogar den Urin mit Malagawein blutig und schob Sandsteinbröckel in die Urethra, welche sie dann demonstrativ entleerte. Die Entdeckung dieser Simulation brachte sie in Gefahr, dass man ihren wirklich echten Beschwerden wenig Glauben schenkte. Es fragt sich, ob man eine solche Simulation hysterisch nennen soll. Patientin aber hatte alle klassischen Symptome der Hysterie, auch Clavus und Globus, Aphonie, Singultus. Dagegen fehlte ganz die hysterische Characterdepravation. Ich bin der Meinung, dass

1) Die beiden Fälle beobachtete ich in der psychiatrischen Klinik des Herrn Prof. Dr. Wernicke in Breslau, der mir die Erwähnung an dieser Stelle gütigst gestattet.

der grosse hysterische Symptomencomplex hier ganz allein aus dem Missgeschick hervorgewachsen sein kann, welches der schon bejahrten und mit Kindern gesegneten Wittfrau in einer schwachen Stunde widerfahren war [1]).

Selten ist man in der Lage, Sinn und Zweck der Simulation klarzulegen; denn die Hysterischen halten mit ihren geheimen Gedanken weislich zurück. So bleiben denn oft die Motive so verborgen, dass die hysterische Simulation den Character einer zwecklosen, unvernünftigen Handlung trägt. Oder die Motive, die bekannt werden, scheinen ungenügend, weil man den Grad der mit denselben verbundenen Gefühlsbetonung nicht richtig abschätzt. Oft hält man einen Betrug für ausgeschlossen, weil die Handlung keinen groben sichtlichen Vorteil gewährt. Der erstrebte Vorteil liegt aber bei Hysterischen gewöhnlich auf dem Gebiet ihrer in krankhaft sentimentaler Weise aufgebauten Ideale. Im täglichen Leben begegnet man nicht gar selten Individuen, für welche das herzerhebende Bewusstsein der Fähigkeit, gescheidte Leute hinters Licht führen zu können, das treibende Motiv zur Production von Unwahrheiten abgiebt.

Ein Moment, welches der Annahme einer Simulation eine kräftige Stütze gewährt, liegt darin, dass die an habituellem Erbrechen leidenden Hysterischen gewöhnlich die Fähigkeit besitzen, die Brechmaschine ad libitum zu regieren, ein vermeintlicher Vorzug, mit dem sie in ihres Herzens Einfalt sogar gelegentlich renommieren. Sie können erbrechen, wenn sie Lust haben, und den Brechreiz unterdrücken, wenn es not thut. *Dumur* constatiert dieselbe Eigenschaft bei seinen an Merycismus leidenden Kranken, welche ja nur eine besonders abgegrenzte Gruppe des habituellen Erbrechens vorstellen und oft genug zeitweise in den gewöhnlichen Typus übergehen. Dieselben waren im Stande, die genossenen Speisen auf Verlangen willkürlich zu regurgitieren. Kranke, die infolge organischer Leiden noch so oft erbrechen, vermögen es durchaus nicht, dasselbe auf Wunsch zu thun. Diese Kunst muss besonders eingelernt sein. *Dumur* schliesst bei seinen Kranken aus dieser Eigentümlichkeit darauf, dass die Regurgitation zuerst rein willkürlich produciert

1) Die Beobachtung stammt aus dem Stuttgarter Bürgerhospital. Mein damaliger Chef, Herr Stadtarzt Dr. Fauser, ist so freundlich, mir die Veröffentlichung des Falles zu erlauben. Die Fremdkörper wurden durch Herrn Dr. Grossmann operativ entfernt. Die Kranke ging später an Gehirnabscess zu Grunde.

wurde, dass sie aber nach und nach zur schlechten Gewohnheit wird und schliesslich unfreiwillig und zwangsmässig und damit krankhaft geschieht. Ich schliesse mich dieser Meinung an, nur glaube ich, dass ausser diesen unschuldig der schlechten Gewohnheit zum Opfer fallenden Kranken auch andere existieren, welche von vornherein bewusst und absichtlich das ganze vollendete Krankheitsbild künstlich darstellen.

Auch die regelrechte Simulation kann im Laufe der Zeit durch das Gesetz der Uebung zum Zwange werden, wie aus dem leichtsinnig unvorsichtigen Spielen mit der Regurgitation die schlechte Gewohnheit wird. Man sieht dann die Kranken mit Aufwendung aller Willenskraft gegen ihr Leiden sich sträuben. Wie oft erleben wir, dass irgend eine willkürlich oft wiederholte Handlung habituell wird, so dass sie ohne weitere psychische Arbeit abläuft und erst eine besondere Willkürleistung notwendig ist, um ihre Auslösung bei der nächsten sich bietenden Gelegenheit zu unterdrücken. Ein Beispiel dafür habe ich schon citiert, die Hysterica Carters, welche ihren gesunden Appetit durch das willkürlich vorgehaltene Phantasiebild eines Puddings aus faulen Katzendärmen übertäubte und so zum Erbrechen kam, so oft sie zum Essen genötigt wurde. Dieselbe wurde ein Opfer ihrer Unvorsichtigkeit, indem der Ekel und das Erbrechen bei jeder Nahrungsaufnahme auch gegen ihren Willen sich einstellte. Ich kenne einen Fall, wobei es sich nicht um Erbrechen, sondern um Krampfanfälle handelte, welche anfänglich zum Zweck der Simulation von Epilepsie künstlich hervorgerufen, den Kranken bald wider seinen Willen überraschten und in grosse Sorge versetzten [1]). Es ist wohl selbstverständlich, dass solcher Ursprung dem Arzte aus Schamgefühl verschwiegen wird; unter Umständen mag auch der Kranke später gar nicht mehr in der Lage sein, seinen Fehler einzugestehen, da er selbst den Anfang vergessen hat.

Wie bei allen anderen hysterischen Productionen, so dürfte es auch bei habituellem Erbrechen erspriesslich sein, im ganzen Verlaufe der ärztlichen Behandlung die Möglichkeit der Simulation im Auge zu behalten, auch wenn ein dahingehender Verdacht keine spezielle Stütze findet. Doch möchte ich gleich hinzufügen, dass ich natürlich zur Heilung dieser hysterischen Ungezogenheit päda-

1) Der betreffende Kranke war wegen eines Selbstmordversuchs sehr zweifelhafter Natur zur Beobachtung auf Geisteskrankheit der Irrenabteilung des Bürgerhospitals in Stuttgart überwiesen worden.

gogische Zwangsmittel nicht empfehle. Der Hysterica die für das sociale Leben nötige Dressur mit Furcht und Schrecken beibringen zu wollen, würde ich für ein aussichtsloses weil ganz irrationelles Beginnen halten.

Wenn ich oben als Kennzeichen der Simulation die Unvollkommenheit der Imitation erwähnt habe, so gilt dies natürlich nur für solche Individuen, die nur über eine mässige künstlerische Begabung verfügen. Bekanntlich giebt es aber eine gewisse Anzahl von Hysterischen, welche ein geradezu verblüffendes Talent zur Schauspielkunst haben und dasselbe sehr fleissig üben. Wenn ich boshaft sein wollte, könnte ich berühmte Namen hier deponieren, welche den Zeitungen viel pikanten Stoff für ihre Feuilletons liefern. Was den Hysterischen diese Virtuosität verschafft, ist eine ganz besondere Eigentümlichkeit, die in geringerem Grade der weiblichen Natur überhaupt zukommt. Unsere Bühnen besitzen unter den weiblichen Darstellerinnen relativ viel mehr tüchtige Kräfte, als auf männlicher Seite; hingegen giebt es ohne Zweifel echte Künstler unter den Männern in weit grösserer Zahl, als unter den Weibern. Ein genialer Schauspieler ist so vielseitig, dass er jede nur denkbare Rolle, wenn es verlangt wird, befriedigend verwirklicht. Eine Schauspielerin besitzt diese Leistungsfähigkeit nur ganz ausnahmsweise. Sie ist immer auf ein kleineres Repertoir beschränkt. Es fehlt ihr die active Arbeitskraft des Mannes, sie steht ihrer Rolle mehr passiv gegenüber und trägt deshalb stets sehr viel von ihrer eigenen Individualität in sie hinein. Wenn es ihr gelingt, ihre Aufgabe lebenswahr zu gestalten, und das kann sie überhaupt nur, sofern sie eine innere Verwandtschaft mit dem darzustellenden Charakter besitzt, so verdankt sie diesen Erfolg nicht der bewussten und überlegten Ausarbeitung der einzelnen Züge, sondern einem willenlosen Aufgehen in den Stimmungen und Gefühlen, woraus sich dann die richtigen Ausdrucksformen ergeben. Diese Art des schauspielerischen Talentes unterscheidet die hysterische Simulation vom gemeinen Betrug. Die Hysterica hält die Mitte zwischen Wahrheit und Dichtung. Ihre Gefühle sind nicht fingiert, sondern vielfach echt und wahr, wenn auch die ganze Situation eine erlogene und gemachte ist. Dies ist der Grund, warum die Hysterica es so übel nimmt, wenn sie als Betrügerin gelten soll. Sie hat ein Recht, solche Zumutungen entrüstet zurückzuweisen. Wenn ein normaler Mensch willkürlich erbrechen will, so beginnt er kurzweg damit, dass er die dem Willen unterworfene Würgmaschine spielen lässt,

und er kann sein Ziel ohne erhebliche gemütliche Beteiligung erreichen. Die Hysterica greift es ganz anders an, sie fühlt sich in die Lage eines Individuums hinein, dem es übel wird; und wenn das so einfach nicht geht, so hilft sie sich mit irgend einem ekelhaften Phantasiebild. Sie wählt den Umweg über die Uebelkeit, um zum Erbrechen zu gelangen. Und dieser Weg kommt dem normalen Reflex viel näher, als der andere. Der gewöhnliche Reflex hat grosse Schwierigkeiten zu überwinden; der normale Mensch sucht die aufdringliche Uebelkeit niederzukämpfen und wehrt sich mit Macht gegen das Würgen. Bei der Hysterischen hat der Reflex ein leichtes Spiel. Es treten ihm keine Hemmungen von der Gehirnrinde aus entgegen, sondern er findet von motorischen und sensorischen Gebieten aus ein bereitwilliges Entgegenkommen. Daher die auffallende Leichtigkeit des hysterischen Erbrechens, die mit ein Grund ist, warum es so gern habituell wird.

Was der Hysterischen den Anschein der Simulantin giebt, braucht nicht gerade die active Production der krankhaften Erscheinung zu sein; es genügt schon die Unterlassung des normalen Widerstandes gegen dieselbe. Die hemmenden Kräfte, welche bei Gesunden gegen jeden krankhaften Antrieb sofort in Thätigkeit treten, schlummern bei der Hysterischen. *Weir-Mitchell* beschreibt sehr schön die Geschichte einer Kranken, die zuerst bei einer Indigestion das Mitleid und die Sorgfalt ihrer Eltern auf sich zog. Von dem Moment an wurde der Appetit schlecht, und das Erbrechen wiederholte sich immer häufiger, bis sie schliesslich jede Nahrung wieder von sich gab. Sie kam ganz von Kräften, bekam allgemeine Hyperästhesie, Krämpfe, Singultus. Erst lange Zeit nach glücklicher Heilung gestand die Kranke, dass sie zu Beginn ihres Leidens das Erbrechen hätte unterdrücken können; aber die liebende Sorgfalt, mit der sie umgeben worden sei, sobald sie erbrach, habe den Wunsch in ihr erregt, immer so gepflegt zu werden. Endlich sei das Erbrechen übermächtig geworden; sie habe es nicht mehr hindern können. Bei derselben Kranken war die Simulation auch direct beobachtet worden. Sie hatte mehrmals, was man ihr gab, gar nicht geschluckt, sondern im Munde behalten, um es mit genauer Nachahmung der Brechbewegung wieder auszuspeien.

Wenn der Hysterica durch irgend welchen Zufall der Vomitus als effectvolles Krankheitssymptom bekannt geworden ist — und Gelegenheit dazu findet sich ja natürlich leicht — so ergreift sie dasselbe und hält es fest, um damit ihrem Krankheitsbedürfnis zu ge-

nügen. Die Hysterische hat meist kein allzu tiefes Interesse an ihrer Genesung. Wenn schon bei der Neurasthenie das durch geringe körperliche Beschwerden erzeugte Krankheitsgefühl ein übermässig grosses ist, so ist bei der Hysterie der Glaube an die Schwere der eigenen Erkrankung bei dem Kranken so fest eingewurzelt, dass alle Heilungsversuche auf Misstrauen und Widerspenstigkeit stossen. Während ein normaler Mensch sich mit aller Kraft gegen jede Krankheit wehrt und sträubt und höchstens in den hoffnungslosesten Fällen in stumpfe Resignation versinkt, ist das Streben der Hysterischen unbewusst gerade darauf gerichtet, noch mehr krank zu werden, sie hegen und pflegen ihre Krankheit und stellen sie noch schwerer hin, als sie ist. Dadurch verraten sie eine Verkehrtheit des Glaubens und Strebens, wie sie sich in ähnlicher Weise nur bei Verrückten findet. Sie unterscheiden sich von letzteren aber sehr günstig durch die Zugänglichkeit für zweckmässige psychische Behandlung. Wenn die Therapie ihre erste Klippe überwunden, den Kranken von der Heilbarkeit seines Leidens überzeugt und den Wunsch nach Gelingen des Heilungsplanes in ihm befestigt hat, hat sie gewonnen Spiel, weil dann mit der psychischen Verkehrtheit die Hauptursache der Krankheitssymptome schon beseitigt und somit der aetiologischen Indication genügt ist.

Die echt hysterische Krankheitssucht ist andern an nervösem Erbrechen leidenden Kranken fremd. Sie sind im Gegenteil über ihr Leiden ganz unglücklich und geben sich jede Mühe, dasselbe wieder los zu werden, kommen aber aus eigener Kraft damit nicht zu Stande. Der pathologische Prozess kleidet sich in die für die Neurasthenie typische Form der Zwangsidee und des Zwangsimpulses. Beide Bezeichnungen sind hier nicht recht zutreffend, weil eben nicht bloss eine Vorstellung oder Handlung durch die abnormen Associationen produciert, sondern eine complicierte Reflexthätigkeit ausgelöst wird; aber der Prozess ist im Grunde derselbe. Die Krankheitseinsicht ist keine so vollständige, wie bei den einfachen Zwangsvorstellungen und Zwangsantrieben, weil die Störung viel tiefer in das sonst ganz unbewusst vor sich gehende Nervenleben eingreift. Das nervöse Erbrechen schliesst sich in prägnanten Fällen schon an schwerere Formen psychischer Störung an, wie sie unter dem Namen des impulsiven Irreseins und der Intentionspsychosen beschrieben sind. Viel harmloser als diese Formen ist es jedoch durch die Beschränkung auf die vegetative Sphäre. Der psychische Rapport

mit der Aussenwelt und die eigene psychische Individualität hat viel weniger darunter zu leiden, und die Neigung zur Wahnbildung ist eine ganz geringe.

Die echten Zwangsvorstellungen sind zunächst latent und müssen jedesmal durch eine besondere Gelegenheitsursache geweckt werden, treten aber dann sofort ganz beherrschend auf und lassen sich durch keine Gegenvorstellung verdrängen. Meist sind sie von einem unangenehmen Affekt begleitet, der eben durch den fremdartigen Zwang, mit dem sie sich in den regulären Gedankengang eindrängen, hervorgerufen wird. In der ersten Zeit treten sie am liebsten in der Form von Befürchtungen auf. Wenn aber die Befürchtung einen Vorgang innerhalb des Individuums betrifft, so besteht schon durch das Vorhandensein der betreffenden Vorstellungen ein gewisser Drang nach der Realisation der erwarteten Vorgänge. Auch aus der Zwangsbefürchtung, in einen Abgrund hinabzufallen, entwickelt sich sehr leicht der Zwangsantrieb, in denselben hinunterzuspringen. Es kommt auf die psychische Widerstandskraft an, ob die krankhafte Zwangsvorstellung oder die gesunden Gegenvorstellungen siegen. Gewinnt die erstere die Oberhand, so führt sie, nicht mit einem Schlage, aber Schritt für Schritt zur vollen Realisation ihres Inhalts. Mag der Antrieb ein noch so unsinniger oder unangenehmer sein, der Kranke muss ihm schliesslich genügen und will ihm auch genügen, um ihn loszuwerden. Handelt es sich um die Realisation körperlicher Sensationen (wie die Uebelkeit) und halbunwillkürlicher Bewegungen (wie das Würgen), so ist der Widerstand von vornherein viel aussichtsloser. Da der Anlass, nämlich die Nahrungsaufnahme, sich immer wiederholt, und jedesmal die gleiche Erfahrung des Unterliegens gegenüber dem gefürchteten Antrieb zum Erbrechen gemacht wird, wird schliesslich der Glaube an die Uebermacht der Zwangsvorstellung zur festen Ueberzeugung, und das anfängliche Widerstreben weicht einer stumpfen Resignation, die einen Widerstand gar nicht mehr aufkommen lässt. In mehr oder weniger kurzer Zeit wird die ursprünglich dem Gedankenkreis des Kranken fremde Idee demselben assimiliert und als Wahnvorstellung hypochondrischen Inhalts deponiert. Nunmehr hat der Vorgang für den Kranken selbst seine auffälligen fremdartigen Merkmale verloren, und er sucht auch seinen Arzt zu der Echtheit seiner Ueberzeugung zu bekehren. Im Verlaufe der Genesung wird erst der feste Wahn, bei jeder Mahlzeit erbrechen zu müssen, erschüttert, indem wieder Zweifel an der Uebermacht des krankhaften Antriebes

zum Erbrechen auftauchen. Durch die ersten glücklichen Kämpfe gegen das immer noch unablässig sich meldende Vorurteil wird die Kraft des Widerstandes gestählt, und nach einer Periode der Unsicherheit, in welcher das Uebel nur noch in der Form der Befürchtung auftritt, stellt sich das frühere Gleichgewicht wieder her. Bei den meisten Kranken dieser Art bethätigt sich die Neigung zu Zwangsvorstellungen auch in anderen Gebieten, oder man findet sie wenigstens mit irgendwelchen absonderlichen Manieren und Gewohnheiten behaftet, von denen sie nicht lassen können, und über deren Ursprung sie keinen Aufschluss zu geben vermögen. Einige Kranke haben ihr ganzes Leben hindurch eine besondere Disposition zu solcher abnormer psychischer Thätigkeit. Andere sind ihr nur vorübergehend ausgesetzt, und bei diesen handelt es sich häufig um eine Psychose leichtester Art mit Verlangsamung des Gedankenablaufs und gemütlicher Verstimmung, die sich nicht selten an intellectuelle Ueberanstrengung oder gemütliche Ueberreizung anschliesst. Viele Kranke denken gar nicht daran, nach einer Erklärung des ihnen auffälligen Vorgangs des habituellen Erbrechens zu suchen; für diejenigen, welche darüber nachgrübeln, ist aber die Wahnidee einer schweren Magenerkrankung so naheliegend, dass sie kaum ausbleiben wird. Die Zwangsvorstellung wird in ihrem Inhalt durch den Zufall bestimmt. Die nächste Veranlassung zu ihrer speciellen Gestaltung kann ein gelegentliches aus irgendwelchem Grund erfolgendes Erbrechen abgeben, besonders wenn die ruhige Kritik und die Unabhängigkeit des Wollens in dem Moment durch einen Affektzustand getrübt ist. Bei der nächsten ähnlichen Gelegenheit stellt sich mit der Erinnerung an das früher erfolgte Erbrechen die Angst vor der Wiederholung desselben ein. Die ursprüngliche Gelegenheitsursache ist so nebensächlich, dass sie im weiteren Verlauf regelmässig vergessen wird. Dieser Entstehung entsprechend können vielerlei zufällige Züge in das habituelle Erbrechen mit aufgenommen werden. So wird z. B. unter Umständen nur Gegessenes erbrochen, Getrunkenes aber nicht, oder das Erbrechen tritt nur bei Nacht auf, nicht bei Tage, oder der Drang zum Erbrechen erscheint nur vor Zeugen.

Auch von anderer Seite her entwickelte Wahnideen können in folgerichtiger Weiterbildung Anlass zu habituellem Erbrechen geben. Wenn z. B. die hypochondrische Annahme eines Magenkrebses einmal festsitzt, wird das Erbrechen vom Kranken so zuversichtlich erwartet, dass es sich wohl oder übel zeigen muss,

und, sofern die Wahnidee ihren Platz dauernd behauptet, muss es auch habituell werden. Im Verlauf hypochondrischer Psychosen, wie sie im Senium und im Rahmen der progressiven Paralyse gern auftreten, ist das Nichtschluckenkönnen und Wiedererbrechenmüssen an der Tagesordnung. Dabei glauben die Kranken die Zunge zurückgeklappt, den Schlund verstopft, den Magen abgedreht, und verwickeln sich gerne in phantastische Erklärungen. Auch Psychosen mit Verfolgungswahn führen namentlich in ihren acuten Formen eventuell durch Vermittlung der Vergiftungsfurcht zu denselben Schwierigkeiten. Eine Combination beider Entstehungsweisen der Schluckstörung und des Erbrechens habe ich einigemale beobachtet. Doch erzeugen diese acuten Psychosen so kräftige und reichhaltige Symptome, dass es das habituelle Erbrechen zu keiner selbständigen Bedeutung bringt. Wenn eine vereinzelte Wahnidee das habituelle Erbrechen unterhält, muss es sehr schwer sein, dem Ursprung auf die Spur zu kommen, da die sonst völlig besonnenen Kranken gewöhnlich eine halbe Krankheitseinsicht haben und sich scheuen, die Geheimnisse ihres Seelenlebens zu enthüllen. Die Entdeckung ist um so schwieriger, als der Wahn sich in der Regel im Bereich der Wahrscheinlichkeit hält. Doch dürfte es unter Umständen möglich sein, auch aus der wahnhaft falsch gefärbten Darstellung des Kranken, der eine organische Grundlage für das habituelle Erbrechen vermutet, das tyrannisch zwangsmässige Gebahren des Symptoms als verdächtiges Merkmal zu erkennen. Das habituelle Erbrechen ist, sofern es von einer Wahnidee, auch wenn dieselbe dissimuliert wird, getragen ist, ein Noli me tangere. Weder durch Gründe noch durch Arzneien lässt es sich bekämpfen. Es verharrt eigensinnig in seinem Recht allen Beeinflussungen zum Trotz. Die Zwangsvorstellung ist eine niedere Stufe derselben Störung. Der Zwangsimpuls, nach den Mahlzeiten zu erbrechen, kann ohne jede Beeinträchtigung des intellectuellen Lebens bestehen und ziemlich rein in die Erscheinung treten, ohne dass eine wahnhafte Erklärung daran geknüpft wäre. Die als Rumination beschriebene Abart des nervösen Erbrechens hat zahlreiche Vertreter, welche das Element des unerklärlich fremdartigen Zwanges scharf ausgeprägt schildern, und nur ganz ungebildete kritiklose Individuen verirren sich zu der läppischen Vermutung, einen Wiederkäuermagen zu besitzen, während die Uebrigen auf Erklärungsversuche verzichten und durchaus nicht den Eindruck machen, als ob sie eine fixe Idee verschweigen würden.

Die Verwandtschaft des habituellen nervösen Erbrechens mit

neurasthenischen Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen ist aus einigen der im Anhang folgenden Krankengeschichten klar ersichtlich, obwohl bei Abfassung derselben der Gedanke an diesen Zusammenhang ferne gelegen hatte. Dagegen bin ich leider nicht in der Lage, die Entstehung des habituellen Erbrechens durch Wahnideen an selbstbeobachteten Beispielen nachzuweisen, da ich auf die Verwertung jener Fälle, welche das habituelle Erbrechen nur als Teilerscheinung einer complicierten Psychose zeigen, verzichten möchte. Immerhin aber kann ich einen charakteristischen, in seiner Einfachheit geradezu klassischen Fall hier erwähnen. Denselben verdanke ich einer Mitteilung des Herrn *Dr. Römer* in Stuttgart, welcher mir auch gestattet, seine Beobachtung hier einzureihen. Eine junge Dame macht die Entdeckung, dass sie von ihrem Ehemann syphilitisch inficiert ist. Sie ist über dieses traurige Schicksal untröstlich und lässt sich nur mit Mühe zu einer Schmiercur bewegen. Die Symptome bessern sich rasch, und auch die Verstimmung schwindet. Ein Jahr darauf bekommt sie ein Recidiv und weist diesmal in ihrer Verzweiflung jede Cur zurück. Da wird sie gravid und abortiert. Dieses neue Unglück, vor dem sie gewarnt war, erschüttert sie tief. Sie consultiert in höchster Erregung ihren Arzt. Sie müsse wieder schwanger sein, denn ihre Periode sei ausgeblieben. Sie findet alle möglichen Anzeichen einer stattgehabten Conception. Sie bekommt regelrechtes und sehr schweres Schwangerschaftserbrechen. Allein bei der Untersuchung ist der Uterus ganz und gar nicht vergrössert, und alle objectiven Zeichen der Gravidität fehlen. Trotzdem lässt sich die arme Frau nicht recht überzeugen. Sie macht sich fortwährend Vorwürfe, schilt sich eine Mörderin und malt sich die grässlichen Folgen ihrer Krankheit für ihr Kind aus. Der Zustand bleibt einige Zeit auf dieser Höhe. Das habituelle Erbrechen lässt sich durch kein Mittel aufhalten. Plötzlich erscheint die Periode wieder, und die Frau ist mit einem Schlage von ihrem Irrtum überzeugt und von ihrem habituellen Erbrechen geheilt.

Fälle dieser Art rechnet man nach modernem Sprachgebrauch in das Gebiet der Autosuggestion. Ich könnte mir durch fleissiges Operieren mit diesem Wort, das seinem blossen Aussehen nach auch einen gesunden Begriff bedeuten könnte, meine Arbeit erleichtern. Die Autosuggestion ist ein sehr wohlklingendes Fremdwort und eine Zierde für das Conversationslexicon. Mit der sprachlichen Greuelthat nimmt man es in unserer fortgeschrittenen Zeit, wo die Schul-

meister aus dem Leben ins Gymnasium zurückgedrängt sind und auch dort keine Ruhe haben, nicht mehr so genau. Bedenklich ist mir dieser Terminus nur deshalb, weil er ein gänzlich unzutreffendes actives Element in den zu erklärenden Vorgang hineinträgt. Bei der Autosuggestion giebt es kein Subject, welches suggeriert, wie bei der typischen hypnotischen Suggestion. Die massgebende Idee taucht ohne alles Zuthun des Individuums, häufig sogar dessen Wünschen gerade entgegen, im Verlaufe der Associationen auf. Gewöhnlich erhält sie den Wert, der sie über das Niveau der übrigen, gleichgültigen Associationen hinaushebt, durch ihren überraschenden, verblüffenden Inhalt und ihren Widerspruch mit anderen festsitzenden Gedanken. Eine Menge von Gegenvorstellungen wird gegen sie aufgewirbelt, der alte Gedankenkreis sträubt sich gegen das herandrängende Neue. Und nur ganz allmählich erlahmen die alten Vorstellungen im Kampfe mit der neuen lebenskräftigen Idee, sie fügen und schmiegen sich und legen sich zurecht, bis der neue Gedanke ihnen allen über ist.

Die Fälle, für welche die Bezeichnung Autosuggestion zutreffend wäre, wenn sich jemand eine bestimmte unzureichend bewiesene Annahme so lange einredet, bis er davon überzeugt ist, sind der Simulation schon nahe verwandt. Aber auch dieser Selbstbetrug vollzieht sich gewöhnlich ohne dahingehende Absicht des Individuums. Die Wahnidee selbst macht sich den Kranken dienstbar durch ihre lockende Anziehungskraft oder durch ihre einschüchternde Macht, womit sie alle logischen Bedenken zum Schweigen bringt.

Es wäre viel zu weit gegangen, bei solchen Kranken auf eine grosse Suggestibilität zu rechnen. Sie erweisen sich ja im Gegenteil den wichtigsten Suggestionsversuchen gegenüber ganz unzugänglich; jeder Versuch, ihnen ihren Glauben auszureden, scheitert an ihrer misstrauischen Vorsicht. Die Suggestibilität ist nur eine partielle. Die Kritiklosigkeit und Urteilsschwäche bezieht sich nur auf das abgegrenzte Wahngebiet. Dieser partiellen Leichtgläubigkeit entspricht natürlich auch eine partielle Willensschwäche. Dieselben Kranken, welche im Widerstand gegen ihre krankhaften Antriebe eine reine Null sind, verfügen nach anderer Richtung hin vielleicht über ein sehr kräftiges Wollen. Natürlich können auch im allgemeinen intellectuell beschränkte und willensschwache Individuen den auf habituelles Erbrechen gerichteten Zwangsantrieben und Wahnvorstellungen zum Opfer fallen; das sind dann aber nicht die ty-

pischen Fälle dieser merkwürdigen isolierten Krankheit, sondern bunte Mosaikbilder, wie man sie bei der Neurasthenie und Hysterie gewöhnlichen Stiles findet.

Dieselben Eigentümlichkeiten kommen einer ganzen Reihe von analogen Krankheitsformen zu. Namentlich für die neuerdings so wichtig gewordenen psychischen Lähmungen ist von zahlreichen Autoren, besonders auch von *Charcot*, die totale Abwesenheit des gewöhnlichen diffusen neurasthenischen und hysterischen Symptomencomplexes hervorgehoben worden. Den psychischen Shock, der für die Auffassung der traumatischen Neurosen so fruchtbringend geworden ist, möchte ich in die Pathogenese des habituellen nervösen Erbrechens übertragen. Irgend ein überwältigendes Erlebnis wirft den Kranken plötzlich in eine ganz neue Gemütsverfassung, die wir uns gar nicht denken können, weil eben solche heftige Shockanfälle unter gewöhnlichen Umständen gar nicht vorkommen. Dieser abnorme psychische Zustand ist den hypnotischen Bewusstseinsstörungen vergleichbar. Er bietet Gelegenheit zum Einbruch aller möglichen Zwangsvorstellungen und Hemmungserscheinungen, die, nachdem sie einmal Fuss gefasst haben, äusserst schwer wieder zu verjagen sind. Die besondere Gestaltung dieser bleibenden krankhaften Symptome ist wesentlich von der im Moment des Shocks vorhandenen Gedankenrichtung abhängig. Das Erbrechen ist eine Teilerscheinung heftiger Affecte. Warum sollte nicht nach einem masslos starken Affect eine beständige Brechneigung zurückbleiben? Ich habe schon oben zwei Fälle citiert, die solchen Ursprung haben, ein junges Mädchen, das nach Aufhebung ihrer Verlobung, und ein anderes, das nach dem Tode ihres Vaters an habituellem Erbrechen erkrankte. Der Unterschied, dass das habituelle Erbrechen nur intermittierend auftritt, während die gewöhnlichen Lähmungserscheinungen gleichmässig permanent sind, liegt in der Natur der Sache. Auch in anderen Fällen treten die psychischen Schäden nur in bestimmten Zeiten und bei besonderen Gelegenheiten zu Tage. So bekam z. B. ein Lokomotivführer, der einem Unfall auf einer Eisenbahnbrücke mit knapper Not entgangen war, von da an ängstigende Gesichtshallucinationen, so oft er über eine Brücke fahren musste, und konnte schliesslich seinen Dienst nicht mehr versehen. Das habituelle Erbrechen ist eine ganz interessante Vervollständigung der mannigfaltigen nervösen Störungen, die durch psychischen Shock entstehen können. Es lässt sich nicht in die vielfach übliche unzweckmässige Classification unterbringen, es ist weder Krampf noch

Lähmung. Diese Bezeichnungen passen auf periphere Störungen ganz gut, auf Störungen, die von Vorstellungen abhängen, sind sie nur in beschränkter Weise übertragbar. Die sensiblen und motorischen Lähmungserscheinungen psychischen Ursprungs characterisieren sich alle nicht als einfacher Ausfall, sondern als Hemmung, und kommen damit den als Krampf bezeichneten Reizerscheinungen sehr nahe. Die Krampferscheinungen psychischen Ursprungs, wie sie bei Hysterischen gern vorkommen, sind, wenn man die psychiatrische Nomenclatur wählt, oft nichts anderes, als eine auf bestimmte Muskelgruppen beschränkte Negativität. Das eigentümliche Fortschreiten von Lähmung zu Krampf als Ausdruck einer Verstärkung des hemmenden Reizes kommt nur diesen durch Störung der Bewegungsvorstellungen zu erklärenden Krankheitsformen zu, während bei peripheren Neurosen die Lähmung ein schwererer Grad ist als der Krampf. Hier handelt es sich, genau betrachtet, um den Fortschritt vom »non velle« einer Bewegung zum »nolle«, und das Nicht-Wollen einer bestimmten Bewegung findet seine naturgemässe Unterstützung, wenn die Reaction sehr energisch wird, im Wollen der entgegengesetzten Bewegung. Bei zwei alten Frauen mit hypochondrischer Geisteskrankheit [1]) konnte ich diesen allmählichen Fortschritt sehr schön beobachten. Beide Fälle waren sich in der Entwicklung dieses Einzelsymptoms ganz gleich. Die Kranke hatte schon wochenlang sehr schlecht gegessen, d. h. nur sehr wenig und nur ganz langsam und in kleinsten Portionen geschluckt. In der Anstalt blieb das zunächst ebenso. Sie spielte gewissermassen nur mit dem Essen und brauchte eine Stunde dazu, um ein paar Löffel voll hinunter zu bringen. Alles Zureden half nichts. Sie behauptete stets, sie möchte ja gerne essen, aber es ginge nicht, sie könnte nicht, »es will nicht«. Gab man ihr die Nahrung mit dem Löffel in den Mund, so wälzte sie den Bissen nach allen Seiten und schluckte nicht, half aber mit den Händen aussen am Halse streichend nach und zeigte damit deutlich ihren guten Willen sowohl als die Unfähigkeit zu schlucken. Einige Zeit später fing sie an, einzelne Bissen mit den Lippen und mit der Zunge zurückzustossen und entschuldigte sich, als sie darüber befragt wurde, sie mache das gar nicht, das käme von selbst so, sie würde gerne essen, wenn sie es könnte. Später kamen noch Würgbewegungen hinzu und erschwerten das Schlucken noch mehr. »Wenn ich es auch hinunterbringe, es kommt doch gleich wieder herauf.« Bald darauf erbrach sie auch

1) Aus der psychiatr. Klinik zu Breslau.

das wenige wieder, was sie geschluckt hatte. Und nun bestand längere Zeit regelrechtes habituelles Erbrechen. Die Kranke erbrach sogar auch ausser der Zeit der Nahrungsaufnahme, morgens in der Frühe und bei Nacht. Dabei brachte die Magenspülung keine abnormen Producte zum Vorschein, die Magengegend war nicht druckempfindlich, der Darm nicht gebläht und nicht verstopft. Die Sachlage war nun natürlich sehr bedenklich geworden; aber die consequente Sondenfütterung schaffte in wenigen Tagen Wandlung. In diesen beiden Fällen konnte ein Zweifel daran, dass sowohl die Schlinglähmung als das krampfhafte Würgen und Erbrechen nur durch krankhafte Vorstellungen geschaffen war, nicht aufkommen. Die eine der beiden Frauen hatte zwei Monate vor Beginn ihrer Psychose einen schweren Brechdurchfall durchgemacht und war seither kränklich und hinfällig geblieben. Vielleicht mag die Erinnerung an diese Krankheit die Entwicklung des nervösen Erbrechens bei ihr begünstigt haben. Die Kranke bildete gelegentlich einige Wahnideen über ihren Hals und Magen aus, die aber nie sehr fest wurzelten und jedenfalls während der Entwicklung des Symptoms noch fehlten. Es müssen die elementaren Bestandteile des psychischen Lebens, die Bewegungsvorstellungen mit den eng damit zusammengehörigen Empfindungen gehemmt gewesen sein. Eine blosse Hemmung, keine gänzliche Ausschaltung musste es sein, weil der Schluckapparat bei allen Veranlassungen, die nicht zur Nahrungsaufnahme gehörten, tadellos functionierte. Die Kranke trank Wasser und Arzneien ohne weiteres ganz geschickt. Dass ein abnormer Reizzustand und kein einfacher Ausfall die Ursache war, bekundeten die parallel gehenden abnormen Sensationen, die sich wie gewöhnlich in solchen Fällen durch ihren distincten plastischen Character von gemeinen Paraesthesien scharf abhoben, wenn sie auch von der ungebildeten Kranken wegen ihrer absoluten Unähnlichkeit mit normalen Empfindungen nicht beschrieben werden konnten. Zu der Schlucklähmung, wie sie nach Gebrauch der Alkaloide Atropin und Hyoscin nicht selten eintritt, gesellen sich ganz im Gegensatz zu diesem Befund Paraesthesien und Anaesthesien; die Individuen klagen darüber, dass sie ein kratzendes oder gar kein Gefühl im Halse haben.

Wodurch diese Hemmung bewirkt wird, ist schwer zu sagen. Da sie von peripherer Seite her nicht erzeugt wird, kann die Störung nur aus Associationsbahnen stammen. Für einzelne Fälle haben wir ja den Reiz weiter verfolgen können und die Quelle in bestimmten optischen oder gustatorischen Erinnerungsbildern entdeckt. Diese

Wurzeln des habituellen Erbrechens sind freilich sehr schwer zu entwirren und es ist nur ein besonders glücklicher Zufall, wenn es im einzelnen Falle gelingt. Auch das geschickteste Krankenexamen wird nicht viel nützen, da der Kranke in der Regel nicht in der Lage ist, Aufschluss zu geben, weil er sich selbst nicht mit der nötigen Objectivität beobachtet. Ich glaube fest, dass in den meisten Fällen ganz bestimmte, zwangsmässig sich aufdrängende und immer wiederkehrende Vorstellungen die Grundlage des habituellen nervösen Erbrechens bilden. So oft ich bis jetzt von einem intelligenten Kranken hinreichend klare Auskunft über ein »nervöses« Symptom und namentlich über dessen Entstehungsgeschichte bekam, wurde ich auf die Vermutung dieses Ursprungs geführt.

Ich habe in der ersten Hälfte dieser Arbeit eine lange Reihe von peripheren Entstehungsursachen für das hysterische Erbrechen aufgeführt, und bin fast stets darauf hinausgekommen, ein klein wenig von den verschiedenen Erklärungsversuchen durch körperliche Reize anzuerkennen und beizubehalten, so dass vielleicht die Einheitlichkeit des Krankheitsbildes dadurch beeinträchtigt schien. Der Punkt, in welchem sich für mich alle die zahlreichen Varianten des hysterischen Erbrechens vereinigen, ist die Thatsache, dass der körperliche Reiz, wie er auch immer beschaffen sein möge, nie genügt, um das »nervöse« Symptom zu erklären, sondern dass noch ein Weiteres hinzukommen muss, nämlich die pathologische Beeinflussung der physiologischen Leistung durch abnorme Vorstellungen. Wenn natürlich, wie das oft vorkommt, letztere direkt an eine somatische Störung anknüpfen, ist die Gefahr der Ueberschätzung dieser Gelegenheitsursache sehr gross, und nur der Vergleich mit denjenigen Fällen, welche jeder somatischen Ursache entbehren, schützt vor einem Irrtum.

Die Bedeutung, welche im einzelnen Falle dem somatischen und dem psychischen Element zukommt, ist eine schwankende. Für die Therapie ist es aber von äusserster Wichtigkeit, dass jedesmal untersucht und festgestellt werde, welches von beiden überwiegt. Ich will nicht behaupten, dass die richtige psychische Behandlung sehr oft verfehlt werde. Der praktische Arzt verdankt, wie die Mehrzahl erfahrener älterer Aerzte gerne zugiebt, nicht selten gerade seine eclatantesten Erfolge der psychischen Behandlung und nicht den rationellen physikalischen, medicamentösen und diätetischen Heilmethoden. Mancher materialistisch gesinnte College, der die psychische Therapie

und ähnliche moderne Neuerungen als Schwindel vornehm belächelt, operiert selbst sehr fleissig mit demselben Mittel, ohne es gewahr zu werden. Eine solche Einseitigkeit ist ganz unwissenschaftlich und kann verhängnisvolle Irrtümer gross ziehen. Das ärztliche Erkennen und Handeln muss unausgesetzt, auch bei den unscheinbarsten Fragen, Leib und Seele gleichzeitig berücksichtigen, wenn ich mich dieser altehrwürdigen Ausdrücke bedienen darf. Und man kann dies thun, ohne zu philosophischen oder gar religiösen Speculationen abzuirren. Mit dem aus menschlichen Cadavern, decapitierten Fröschen und narcotisierten Hunden geholten Wissensschatz kann man am Krankenbett nicht auskommen. Es ist eine Pflicht der Wahrhaftigkeit, nicht allein dem kalten Wasser oder electrischen Pinsel oder dem Bett oder der Kuhmilch die schönen Erfolge zuzuschieben, welche der Arzt durch seine geistige Uebermacht über den Kranken gewonnen hat. Die Entwicklung des habituellen nervösen Erbrechens und die Heilungsvorgänge belehren uns mit der gleichen Bestimmtheit über das Wesen dieser Krankheit. Bestimmte auf das Erbrechen gerichtete Vorstellungen sind es, welche an irgend eine zufällige Indisposition anknüpfend durch den begleitenden lebhaften Affect einen so hohen Wert erhalten, dass sie aussergewöhnlich nachhaltig wirken und sogar bei der Reproduction dieselbe Kraft von neuem entfalten. Bestimmte Gedankenkreise und Stimmungen bereiten den Boden für die Einpflanzung des krankhaften Symptoms und unterhalten dessen ferneres Gedeihen. Auch die Heilung wird durch den mächtigen Einfluss von Vorstellungen geschaffen. In manchen Fällen ist der Ursprung der Krankheit nicht mehr ersichtlich, und auch die eigenartige psychische Richtung, welche die Krankheit aufrecht erhält, lässt sich durch einfache Beobachtung nicht immer feststellen, fast ausnahmslos aber klärt sich das Bild durch den Effect der therapeutischen Eingriffe, mag derselbe nun negativ oder positiv sein. Die Unwirksamkeit der rationellsten Mittel oder der heilsame Erfolg eines an sich ganz ungeeigneten Verfahrens beweist, dass die Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit der Heilung lediglich von dem Standpunkte abhängig ist, den der Kranke zu dem einnimmt, was mit ihm vorgeht. Der öfters ganz phänomenale Nutzen einer consequenten psychischen Behandlung, welche den Kranken nicht etwa mit einer blendenden Suggestion irreführt, sondern ihm einfach mit Aufklärung und Rat zur Seite tritt, verbreitet endlich ein helles Licht über die Natur des Gebrechens dieser Kranken.

Versuchen wir die Schicksale zu überblicken, welche das hyste-

rische Erbrechen erlebt, nachdem es sich zu lebenskräftiger Existenz durchgerungen hat. Oft ist seine Daseinsfreude nur eine kurze, es macht einen vorübergehenden Eclat und geht im Strome der Erscheinungen wieder unter. Vielleicht ist es dem Kranken so gleichgültig, dass er nicht einmal einen Arzt dazu ruft. Das Symptom verschwindet wieder, ohne eine sachverständige Kritik herauszufordern. Wenn es gut geht, erlebt es gelegentlich einer sorgfältig aufgenommenen Anamnese später noch eine kurze Auferstehung im Geiste. Oft figuriert es nur als Begleiterscheinung neben anspruchsvolleren Symptomen und kann sich nicht zu solcher Höhe heraufarbeiten, dass es die Teilnahme des Arztes und Kranken rege erhält. Ein andermal aber beherrscht es als gefahrdrohender Unstern das ganze Leben und Denken des Kranken und setzt die ärztliche Kunst auf eine harte Probe. In unbändigem Trotze behauptet es allen Anfechtungen gegenüber seinen Platz, um plötzlich in unerwarteter Laune bei Seite zu springen.

Die Mittel, welche im Laufe der Zeit gegen das habituelle nervöse Erbrechen aufgeboten wurden, sind Legion. Fast alle Gifte des Arzneischranks wurden probiert, die alltäglichsten und die seltensten Chemikalien wurden empfohlen, die mannigfaltigsten Diätvorschriften erdacht, mit kaltem und warmem Wasser wurden die Kranken von innen und aussen überschwemmt, sie wurden mit faradischem Pinsel gekitzelt und mit Magneten beunruhigt. Wenn das eine nicht half, musste das andere Rettung bringen. Wo so ungemein zahlreiche empirische Mittel empfohlen werden, hilft bekanntermassen immer kein einziges von ihnen, sondern ein begleitender Nebenumstand. Es ist nicht zu glauben, welcher Summe von ärztlichen Angriffen eine resolute Kranke mit habituellem Erbrechen Stand hält, und wie unerschöpflich die ärztliche Technik solchen Kranken gegenüber ist. Ich citiere aus einer Krankengeschichte: *M. le professeur Bouchard employa inutilement: la faradisation, les pointes de feu, les vésicatoires sur le creux épigastrique, les sinapismes, la magnesie, le colombo, le bicarbonate de soude, la potion de Rivière, la belladonne, l'atropine, l'hyosciamine, l'eau de laurier-cerise, la noix vomique, la strychnine, la glace, le rhum, le chloral, les bains simples et sulfureux, les douches froides, les injections susscutanées de morphine et d'atropine; aucun de ces médicaments n'amena la moindre amélioration.* Andere haben mit einem einzigen Mittel mehr Erfolg. So hält *Apostoli* seine geistreiche Galvanisation des

Pneumogastricus für unfehlbar. Das Cocaïn erhob eine Zeit lang kühn sein Haupt. Die concentrierte Flaschenbouillon machte die Köchinnen erzittern. Das Ergotin unternahm einen Streifzug. Carbolsäure und Opium (*Pecholier*) gaben sich die Hand, um gemeinsam zu vollbringen, was einem allein nicht beschieden war. Ein ähnliches Paar führt *Czernicki* ein: eine Kranke desselben liess sich mit Pillen beschwichtigen, welche Atropin. 0,001 + Morphin. 0,01 enthielten; liess man das Morphium weg, dann kam der Magenschmerz allein, liess man das Atropin weg, dann kam das Erbrechen allein, liess man aber beides weg, dann kam Schmerz + Erbrechen. *Tuckwell* heilte auf eine bewunderungswürdig einfache Weise gleich drei Kinder auf einmal, welche durch unstillbares Erbrechen bis zum Gerippe abgemagert waren. Er liess sie rasch aufrichten, so oft das Erbrechen kam, und siehe da, sie wurden schleunigst gesund. *Barras* setzte eine Dame galanter Weise in ein warmes Bad, um sie ihre Mahlzeiten frei von jedem Brechreiz einnehmen zu lassen. *Ducasse* endlich erlebte den schönen Erfolg, dass ein Kranker, der vom 6. bis 28. Jahre ruminiert hatte, durch die Verheiratung geheilt wurde. Um endlich selbst auch etwas zu dieser Blumenlese beizutragen, möchte ich vorschlagen, Apomorphin zu versuchen; manchen Kranken dürfte es gut bekommen, auch einmal ein energisches nicht-nervöses Erbrechen kennen zu lernen. Ich habe das Mittel einmal mit glänzendem Effect bei einer unüberwindlichen nervösen Appetitlosigkeit gegeben.

Alle diese Mittel können unter Umständen eine günstige Wirkung entfalten. Aber so enthusiastisch sie der Eine preist, so entschieden weist sie der Andere als erfolglos zurück. Bemerkenswert ist, dass fast alle Aerzte, welche mit dem festen Glauben an die Heilkraft eines bestimmten Mittels oder Verfahrens an die Krankheit herangehen, ihre Zuversicht durch günstige Erfolge bestätigt finden. Andere sind durch ihre Ueberzeugung weniger gebunden in der Wahl ihrer Mittel und verlassen sich aufs Probieren. Sie kommen mit derselben Gewissheit zum Ziele wie diejenigen, welche in ihrem Skepticismus so bequem sind, gar nichts zu thun und bloss abzuwarten. Zur Abwechslung muss es auch Leute geben, welche sich aufs moralische Ross setzen und ihren armen Pflegling mit strenger Rüge und Züchtigung kurieren, und in manchem dunkeln Winkel kreucht ein nichtapprobierter Collega, welcher das Uebel nach geleisteter Busse in aller Stille wegbetet. Sehr interessant ist die Geschichte, wie *Charcot* eine vielversprechende Kranke, die an hysterischer Anurie und habituellem Erbrechen litt, aus Versehen

heilte. Man wollte den Harnstoffgehalt des Erbrochenen und des Blutes bestimmen. Zum Zweck des Aderlasses wurde die Kranke chloroformiert und war von der Stunde an gesund. Wahrscheinlich war ihr diese Procedur zu unheimlich. *„Par malheur pour nos investigations, l'emploi du chloroforme eut pour conséquence de modifier profondément les symptômes que nous observions avec tant d'intérêt; il y eut à la suite, pendant plusieurs jours, une incontinence d'urine; il ne fallait plus songer aux observations exactes. Les vomissements, d'ailleurs, se suspendirent bientôt, et les urines revinrent progressivement au taux normal.“* (*Charcot*, Leçons sur les maladies du système nerveux. 1875. Tome I. IX. leçon.)

Die Methode, nach welcher an Hyperemesis hysterica leidende Kranke in der Tübinger medicinischen Klinik behandelt werden, hat sich durch zahlreiche günstige Erfolge bewährt. Das Verfahren ist kein schematisches, sondern lässt jede Berücksichtigung des Einzelfalles zu. Ich begnüge mich mit der Zeichnung flüchtiger Umrisse. Die *Liebermeister*'schen Principien der Hysteriebehandlung sind so bekannt, dass ich sie hier nicht wiederzugeben brauche. Zunächst bleibt der Kranke stets längere Zeit ganz unbelästigt von direkten therapeutischen Proceduren. Der Arzt muss Gelegenheit haben, seine Diagnose durch sorgfältige Untersuchung und Beobachtung sicher zu stellen und den Kranken nach allen Richtungen psychisch und somatisch kennen zu lernen. Als Resultat dieser Wartezeit soll ein Verhältnis völligen gegenseitigen Vertrauens zwischen Arzt und Patient sich herausbilden. Die befriedigende Erfahrung, dass seine Leiden richtig gewürdigt und anerkannt werden, vergilt der dankbare Kranke zumeist mit einer zuversichtlichen Hoffnung auf Heilung. Während dieser Zeit äussern die zwei mächtigen Heilfactoren der objectiven klinischen Beobachtung und der Bettruhe unvermerkt ihre wohlthätige Wirkung. Der Kranke wird, so gut es angeht, auf den Verkehr mit Arzt und Wartepersonal beschränkt und völliger Ruhe überlassen. Beschäftigung und Unterhaltung wird beschränkt, etwaige von aussen kommende Zerstreuungen sorgfältig abgehalten, namentlich alle Beziehungen zu dem früheren Interessenkreise des Kranken thunlichst unterdrückt. Die Einhaltung der Bettruhe ist in der ersten Zeit durchaus obligatorisch. Die Kranken fügen sich diesem Verlangen gewöhnlich ohne jeden Widerstand. Im geeigneten Momente werden nun bald gleichzeitig bald nach-

einander zwei neue Factoren eingeführt und zwar von Anfang an mit bestimmter aber nicht pretentiöser Betonung der von ihnen mit Wahrscheinlichkeit zu erwartenden Wirkung: Milchdiät und kühle Bäder. Die Milchdiät ist anfangs eine ausschliessliche, nach und nach werden mit grosser Vorsicht feste Nahrungsmittel zugelassen, und so kehrt man ganz allmählich zur normalen Kost zurück, immer unter Beibehaltung reichlicher Milchzufuhr, so dass eine üppige Ueberernährung zu Stande kommt. Die diätetischen Vorschriften werden, ohne dass intercurrenten Störungen zu grosses Gewicht beigelegt würde, so consequent als möglich durchgeführt. Das zweite Hauptmittel ist eine methodische Badekur. Es werden kühle Bäder gegeben, die in ganz bestimmter Progression nach Badezeit und Temperatur abgestuft werden und von eben so bestimmt abgemessener Körperbewegung im Freien oder im Corridor des Hauses gefolgt sind. Auf die peinliche Einhaltung der genauen Vorschriften wird mit Nachdruck geachtet. Die Bäder werden bis in die Zeit der Genesung fortgesetzt. In besonderen Fällen dienen kühle Abreibungen und Einpackungen als Ersatz. Wenn nötig, wird der wankenden Heilungszuversicht des Kranken im richtigen Augenblick ein neuer energischer Antrieb durch eine mächtige therapeutische Suggestion gegeben, bei welcher gerne die vom Kranken vermutete Localisation des Krankheitsprocesses berücksichtigt wird. Als Träger dieser Suggestion wird gewöhnlich die Faradisation in verschiedenen Anwendungsformen gewählt. Bisweilen wählt man auch die wegen ihrer seltenen Anwendung und grob anschaulichen Wirkung sehr effectreichen trockenen Schröpfköpfe. Eventuell wird auch ein geeignetes Medicament eingeschaltet. In sehr schweren Fällen wird die Magenspülung, bisweilen in Verbindung mit der künstlichen Fütterung durchgeführt und zwar besonders dann, wenn abnorme Sensationen in der Magengegend vorliegen, wenn Meteorismus, Ructus, Singultus dazu getreten ist, oder wenn der Kranke durch eine etwa notwendig gewordene diagnostische Magenspülung psychisch sehr beeinflusst wurde. Während dieser Behandlung wird natürlich auch anderen Indicationen genügt, Eisenpräparate gegen Blutarmut, Abführmittel und Eingiessungen gegen Hartleibigkeit verabreicht, Schlafmittel gegeben. Stets aber wird das wichtigste Behandlungsmittel, die directe psychische Beeinflussung auch dem Kranken gegenüber mit vollster Offenheit hervorgehoben. Die Entlassung wird nach dem Verschwinden der wesentlichsten Krankheitssymptome noch von der Erfüllung zweier Bedingungen abhängig gemacht. Die eine,

auf somatischem Gebiete liegende, ist eine beträchtliche Zunahme des Körpergewichts, welche für eine genügende Hebung der Ernährung des Gesamtorganismus die nötige Sicherheit bietet. Die andere auf psychischem Gebiet liegende Bedingung ist eine möglichst weitgehende Krankheitseinsicht; die genesenen Patienten müssen ein gewisses Verständnis für die rein nervöse Natur ihres Leidens bekommen und von der thatsächlich erfolgten vollständigen Heilung fest überzeugt sein. Diese Vorsichtsmassregeln bieten eine ziemlich sichere Garantie gegen baldige Recidive. Die Indication, den Kranken seiner früheren meist sehr ungeeigneten Umgebung auf die Dauer zu entziehen und in passende Verhältnisse zu versetzen, bleibt meist ein frommer Wunsch. Doch lässt es sich öfters durchführen, dass bereits arbeitsfähig gewordene Kranke so lange in der Anstalt bleiben, bis sie eine gesicherte Stellung mit passender Beschäftigung sich verschafft haben, so dass sie sofort nach der Entlassung in geordnete Verhältnisse kommen.

Ich brauche die Vorteile dieser Behandlungsweise, soweit sie mit den in neuerer Zeit gegen die Hysterie überhaupt gerichteten Massregeln übereinstimmt, nicht hervorzuheben. Ich würde nur Bekanntes wiederholen, wenn ich darstellen wollte, wie die Entfernung des Patienten aus der Familie und die Einschliessung im Krankenhause denselben zwingt, mit alten Gewohnheiten zu brechen und ein neues Leben zu beginnen, wie der notwendige Verzicht auf die Vorteile des gesunden Lebens am ehesten wieder gesunde Triebe in ihm erweckt, wie die langweilige Stille und gemessene Ruhe, die geschäftsmässige Gleichgiltigkeit seiner neuen Umgebung alle Versuche zu renommistischer Steigerung seines Leidens im Keime erstickt, während die ernste Humanität, die seinen gerechten Wünschen entgegenkommt, ihn die draussen erlebten Anfechtungen vergessen macht, wie die strenge Hausordnung der Krankenanstalt und die machtvolle Autorität des leitenden Arztes Launen und Eigensinn darniederhält und das Beispiel treuer Pflichterfüllung, das ihm die Umgebung bietet, ihm die Einhaltung seines Regimes erleichtert. Dieser mächtig erziehende Einfluss der strengen Krankenhausbehandlung ist von Anderen schon genugsam gewürdigt. Ich möchte deshalb nur noch auf einige wenige die Therapie betreffenden Punkte eingehen, welche uns zugleich noch weitere Aufschlüsse über das Wesen der Krankheit gewähren werden.

Zunächst möchte ich die Suggestionstechnik auf ein engeres Gebiet einschränken. Bei weniger intelligenten Kranken — und

dazu gehören natürlich auch manche aus den höheren Ständen — kommt die Therapie leicht mit einer kecken Suggestion zum Ziele. Dass aber eine so unvorbereitete Heilung dauernden Erfolg habe, ist ganz unwahrscheinlich. Ausserdem giebt es viele Hysterische, welche sich nicht verblüffen lassen, und solchen gegenüber würde man durch einen misslungenen Versuch jede Autorität verlieren. Die imposanten Wagestücke, welche in neuerer Zeit von einzelnen praktischen Aerzten im Vertrauen auf die Macht der Suggestion bisweilen mit reklamemachendem Erfolg in Scene gesetzt werden, erinnern trotz aller wissenschaftlichen Begründung an Charlatanerien längst überwundener Zeiten. Ein Krankenhaus verlangt gediegenere und zuverlässigere Arbeit. In der Tübinger Klinik wird die Suggestion wohl auch ausgeübt, aber nicht im Sinne einer mit Hypnotismus und ähnlichen Kunststücken verzierten Geheimnisthuerei, sondern im Sinne einer zielbewussten Erziehungsarbeit, die unvermerkt das Seelenleben des Kranken umbildet. Die therapeutischen Suggestionen dürfen nicht etwa einen ahnungslosen Kranken überrumpeln, sondern sie bieten dem ernstlich Heilung suchenden Kranken eine Hilfe, die ihn auf den rechten Weg führt, sie leiten die schon längst vorbereitete Sinnesänderung zu äusserer Bethätigung. Eine wenn auch wohlgemeinte Täuschung des Kranken bleibt immer bedenklich und lässt sich bei einiger Geschicklichkeit umgehen.

Herr Professor *Liebermeister* leistet bei intelligenten Kranken auf die Vorteile der Suggestion nicht selten völligen Verzicht und hat sich auch in verzweifelten Fällen mit gutem Erfolge auf eine sachgemässe Belehrung der Kranken beschränkt, mit welcher er die Forderung bewusster Selbsterziehung verbindet. Dieses Verfahren ist deshalb von vornherein nicht aussichtslos, weil eben zahlreiche Kranken an diese so naheliegende und einfache Lösung der Schwierigkeit noch gar nicht gedacht haben und auch von selbst nicht darauf kommen würden. Namentlich wenn schon erfolglose complicierte Kuren die ruhige Ueberlegung gestört haben, liegt es sehr ferne so selbstverständliche Versuche anzustellen. *Kussmaul* behandelte (cf. *Poensgen* a. a. O.) eine Dame, welche 5 Jahre lang an habitueller Regurgitation der Speisen nach dem Essen gelitten hatte. Das Aufsteigen der Speisen selbst durch Willenseinfluss zu befördern oder zu hemmen, hatte sie nie versucht. Sie folgte dem entsprechenden Rate mit grosser Energie und wurde bald wieder gesund. Nur hin und wieder kamen die Speisen noch herauf, wenn sie unachtsam war. Herr Professor *Liebermeister* hält es für sehr

zweckmässig, die Kranken im geeigneten Moment über die wahre Natur ihres Leidens aufzuklären und zu unermüdlichem Widerstande gegen die krankhaften Antriebe aufzufordern. Die im ausschliesslichen Verkehr mit dem Arzte mehr und mehr erstarkende Willenskraft soll das durch lange Gewöhnung eingewurzelte Symptom verdrängen und durch normales zielbewusstes Wollen ersetzen. Der Kranke braucht zu dieser Umkehr die thatkräftige Unterstützung durch den humanen Sinn eines psychiatrisch denkenden Arztes. Die von den Angehörigen oft mit Uebereifer betriebene pädagogische Manier, dem Kranken Selbstüberwindung zu predigen, hat bekanntlich zumeist den unglücklichen Erfolg, sie noch tiefer in ihre Krankheit hineinzudrängen. Auch nicht jeder Arzt kann diesen Versuch wagen. *Lasègue* z. B. warnt entschieden vor Missgriffen: „*le meilleur moyen d'augmenter l'opiniâtreté des hystériques c'est de laisser percer directement ou indirectement la supposition que la malade, si elle le voulait bien, pourrait vaincre sa répugnance* (der Autor spricht von der Anorexie). *Devant cette insistance les forces de la volonté se cataleptisent s'il m'est permis de m'exprimer ainsi. L'excès d'insistance appele l'excès de résistance.*“ Dieses blosse Durchblickenlassen der Wahrheit reizt freilich die Hysterica zum Widerstand, während sie sich bei ehrlicher Kriegserklärung willig ergibt. Auch muss man selbstverständlich mit der Eröffnung erst abwarten, bis ein ernstgemeintes Streben nach Genesung vorhanden ist. Und auch dann noch muss man die geeigneten Personen vorsichtig auswählen. Dann aber hat man alle Aussicht, mit diesem kecken Ansinnen durchzudringen. Und dass die Heilung auf solchem Wege möglich ist, beweist sehr viel für die Richtigkeit unserer Auffassung von dem Wesen der Krankheit. Kein geringerer als der Philosoph *Kant* fordert die Aerzte zu solchem Vorgehen auf durch ein kleines Büchlein »*von der Macht des Gemüts, durch blossen Vorsatz seiner krankhaften Gefühle Meister zu sein.*« Sehr interessant sind die günstigen Erfahrungen, welche der grosse Denker mit der Ueberwindung ernster Beschwerden machte, die ihm sein kränklicher Körper brachte. Wenn reelle körperliche Beschwerden durch den Willen unterdrückt werden können, warum soll es nicht ebenso sein mit den Störungen, die in einer abnormen Gemütsthätigkeit ihren Ursprung haben? *Kant* freilich scheint eben solche Fälle auszuschliessen. Er spricht von der „*Hypochondria vaga oder der Schwäche, sich seinen krankhaften Gefühlen mutlos zu überlassen, ohne den Versuch zu machen, über sie durch die Vernunft Meister zu werden*“ und meint „*Von dem,*

der mit dieser Krankheit behaftet ist, und solange er es ist, kann man nicht verlangen, er solle seiner krankhaften Gefühle durch den blossen Vorsatz Meister werden. Denn wenn er dieses könnte, so wäre er nicht hypochondrisch." Es gibt allerdings eine unheilbare chronische hypochondrische Geistesstörung, bei der alle Hoffnung verloren ist. Diese Kranken suchen sich aber nicht mit Vorliebe unser Symptom, das nervöse Erbrechen aus. Demselben fallen viel harmlosere Individuen zum Opfer, deren Schwäche nur eine vorübergehende ist und durch fremde Energie wieder gehoben werden kann. Niemand, auch der Gesundeste nicht, wird behaupten können, dass er von hypochondrischen Stimmungen immerdar verschont geblieben sei. Es gibt im Menschenleben Augenblicke, wo man der geistigen Störung näher steht als sonst. Im Affekt, im Traume, in der Langeweile, in der Uebermüdung sind wir vorübergehend Zuständen unterworfen, die uns den Schlüssel zu den rätselhaften hysterischen und hypochondrischen Seelenvorgängen geben. Etwas wirklich Neues und Fremdes kann ja bei functionellen Krankheiten nicht auftreten, sondern nur eine Steigerung oder Schwächung oder Verschiebung normaler Functionen. Solche abnorme Stimmungen gehen beim Gesunden spurlos vorüber, bei disponierten Individuen aber hinterlassen sie unter Umständen recht bedenkliche Reste. Wenn eine Hysterica in einem Moment schwerer psychischer Depression sich, jener von *Kant* angezogenen Willensschwäche zufolge, die Hyperemesis erworben hat, so kann letztere permanent bleiben, auch nachdem die einleitende Gemütsstörung wieder überstanden ist, und nun kämpft sie in tadellos gesundem Eifer gegen den Defect an, welchen sie erlitten hat. Bei vielen Kranken hat die gegen das nervöse Erbrechen aufgebotene Energie eine recht anständige Intensität, aber was nützt das, wenn sie den richtigen Weg nicht findet! Die Kunst des Arztes ist es, den Kranken wieder ins normale Geleise zurückzuführen, und zu diesem Ende muss er zunächst die Vorurteile und irrtümlichen Ansichten, welche sich im Gefolge des habituellen Erbrechens gebildet haben, zerstreuen und sodann solche Gedanken, welche die mächtig gewordene Gewohnheit zu hemmen vermögen, grossziehen. Und das geschieht bei geeigneten Personen am leichtesten durch wiederholte Belehrung und Ermunterung. Den erwähnten *Kant*'schen Vorsatz rühmt der früher vielgelesene *Feuchtersleben* in seiner Diätetik der Seele und fordert mit kräftigen Worten zur Willens- und Charakterbildung überhaupt auf. *Goethe* behauptet sogar, „*durch entschiedenen Willen die unvermeidliche An-*

steckung durch ein Faulfieber von sich abgehalten zu haben", und knüpft daran die Bemerkung: „*Es ist unglaublich, was in solchen Fällen der moralische Wille vermag; er durchdringt gleichsam den Körper und versetzt ihn in einen aktiven Zustand, der alle schädlichen Einflüsse zurückschlägt.*" Jedenfalls geht aus diesen Worten hervor, dass *Goethe* auf Grund eigener Erfahrung zu ähnlicher Ueberzeugung gekommen war wie *Kant*.

Das nervöse Erbrechen erfolgt mit der Sicherheit eines automatischen Apparats, mit der unfehlbaren Gesetzmässigkeit eines echten Reflexes. Zur Heilung müssen bestimmte Vorstellungen mit hemmender Wirkung eingeschaltet werden, deren Leistungsfähigkeit durch stete Erneuerung solange zu verstärken ist, bis sie dem unnatürlichen Reflex endgiltig das Gleichgewicht halten können.

Derartige Vorstellungen sind mancherlei denkbar. Jedem, der habituelles nervöses Erbrechen zu beobachten Gelegenheit hat, muss es auffallen, dass dasselbe in besonderen Situationen scheinbar unmotiviert ausbleibt. Die Kranken können sich in einer Notlage beherrschen; sie bleiben frei von ihrem Leiden, wenn sich dasselbe anderen Absichten und Bestrebungen hindernd in den Weg stellt. Diese Eigentümlichkeit erweckt beim Beobachter sehr leicht den Verdacht der Simulation. *Hyde Salter* berichtet einen charakteristischen Zug von seiner Kranken: „*her sister states (in strict confidence), that what she steals (that is, takes on sly) is more frequently retained than anything else.*" Die Kranke nimmt heimlich Nahrung zu sich und unterdrückt dabei das Erbrechen, um sich nicht zu verraten. Auch das Schamgefühl hemmt den krankhaften Antrieb: „*One very curious thing is that she cannot be sick, if a stranger is present; she is obliged to go away in order for the food to come up. It occasions her great discomfort, and „seems to want to come up", but it does not actually rise to her mouth, till she goes away; she thinks it would eventually, but would take a much longer time. As soon as she goes away, or the person goes away, it is up in her mouth at once, and the thing is over. Any member of her own family, or anyone she is accustomed to, has not the some influence; it comes up as well in the presence of anyone she is „used to" as if nobody was present.*" Ganz dasselbe statuiert *Adrien Dumur* bei seinen Kranken, indem er noch hervorhebt, dass sie sich während dieser durch Schicklichkeitsrücksichten aufgezwungenen Unterdrückung der Regurgitation sehr unwohl befinden. Jede Unterdrückung einer

liebgewordenen Gewohnheit setzt ja bekanntlich eine gewisse Unbehaglichkeit.

Wir sind berechtigt von den an habituellem nervösen Erbrechen leidenden Kranken einen kräftigen Widerstand gegen den Brechreiz zu verlangen. Hat doch wohl Jedermann schon die Erfahrung gemacht, dass sich der Brechreflex zum Teil durch die Willkür zügeln und zähmen lässt. Darauf vertrauend, dass die Entfernung unpassenden Mageninhalts von einem wohligen Gefühl der Erlösung gefolgt ist, begrüssen manche das Gefühl des Brechreizes bei einer Indisposition als rettenden Engel und überlassen sich willenlos seiner Führung. Anderen hingegen ist diese Bewegung sehr unsympathisch, und diese lernen es leicht, sie zurückzuhalten. Diese Unterdrückung ist freilich keine Kleinigkeit, sie erfordert vielmehr eine sehr energische psychische Arbeit. Eine lange Reihe von anderen Reflexen kann ebenso gehemmt werden. Es gibt Leute, die sich etwas darauf einbilden, nicht kitzlich zu sein. Und es ist auch wirklich sehr schwer, auf diese Sensation nicht zu reagieren. In barbarischen Zeitaltern war das Kitzeln der Fusssohlen eine beliebte Folterqual, der nur die mutigsten Delinquenten widerstehen konnten. Das Niesen zu unterdrücken, ist ebenfalls eine schwierige Leistung. Ich möchte an die köstliche Figur eines unglückseligen Salonlöwen der fliegenden Blätter erinnern, der, die Theetasse in der einen, den Klapphut in der andern Hand, zwischen zwei Damen eingekeilt sich abmüht, den Drang zum Niesen zu überwinden. Es gibt noch manche viscerale Reflexe, die in guter Gesellschaft verboten sind. Auf diesem Gebiete erweisen sich selbst schwächliche Mädchen als tapfere Heldinnen. Wenn es für den Gesunden nicht nervösen Menschen so ein schweres Stück Arbeit ist, über diese gewaltigen Reflexreize obzusiegen, wie kann man es von energielosen, willensschwachen Leuten verlangen! Und doch ist diese Forderung nicht zu hoch. Der eingebildete, nicht durch peripher gestützte Empfindungen, sondern nur durch leere Erinnerungsbilder bedingte Brechreiz kann durch einen verhältnismässig geringeren Widerstand aufgehoben werden, den auch das willensschwache Individuum noch leisten kann. Wenn aber die Hysterica ihre eingebildeten Beschwerden überwindet, hat sie in Anbetracht ihrer geringen Leistungsfähigkeit eine ebenso grosse That vollbracht, wie wenn der gewaltige Philosoph *Kant* kraft seines willensstarken Gemütes seinen sehr reellen Husten unterdrückt, und für diese Heldenthat ist der Arzt seinem Schützling volle Anerkennung schuldig.

Man könnte die thatsächlich vorhandene Möglichkeit der willkürlichen Unterdrückung objectiver Krankheitssymptome gegen die hier vertretene Pathogenese des habituellen nervösen Erbrechens, welche die psychischen Factoren so sehr betont, ins Feld führen und geltend machen, dass die günstige Wirkung der psychischen Therapie auch bei solchen Krankheitssymptomen hervortreten kann, die in einer Organerkrankung eine objective Grundlage besitzen. Aber diese Kritik würde sofort in sich selbst zusammenfallen; denn wenn organisch bedingte Beschwerden durch Vorstellungen aufgehoben werden können, so müssen Vorstellungen auch umgekehrt krankhafte Empfindungen erzeugen können, welche den durch organische Störung hervorgerufenen sehr nahe kommen. Der letztere Weg ist ohne Zweifel der bequemere. Macht man doch stets die Erfahrung, dass es viel leichter ist, jemand etwas nicht Wirkliches einzureden, als jemand etwas auszureden, was reell vorhanden ist.

Anhang.

I. Krankengeschichten über 14 in der Tübinger Klinik behandelte Fälle von hysterischem Erbrechen.

1. Fall.

Kn . . ., Friedrich, 12 Jahre. (9. III. 88—29. III. 88.). Der Kranke, dessen Eltern den besseren Ständen angehören, war bis November 1887 vollständig gesund. Zu dieser Zeit trat plötzlich Erbrechen auf, das sich nach jeder Mahlzeit wiederholte. Das Erbrochene war stets nur ein Teil der genossenen Speisen. Nach dem Erbrechen klagte Patient über Leibschmerzen und Kopfweh. Der Stuhlgang war stets angehalten.

Seit seiner Erkrankung hat der Kranke die Schule nicht mehr besucht; er wurde von verschiedenen Aerzten behandelt und musste meist zu Bett liegen. Vor 5 Wochen zogen die Eltern Herrn Professor *Liebermeister* zu Rate, der Bettruhe, vorsichtige Diät und feuchtwarme Umschläge empfahl. Das Befinden des Kranken hat sich seither insofern gebessert, als das Erbrechen nur noch morgens sich einstellt. Die Eltern haben sich inzwischen zu der schon früher angeratenen Spitalbehandlung entschlossen.

10. III. — Die frische Hautfarbe des Kranken, der gute Ernährungszustand, das blühende Aussehen steht mit der langen Krankheit im Widerspruch. Man hegt daher von vornherein Verdacht auf Hysterie. Belegte Zunge, Foetor ex ore, guter Appetit. Lunge und Herz gesund. In der Magengegend nichts Abnormes zu finden. Leber und Milz normal. Ileocoecalgegend etwas druckempfindlich. Daselbst in der Tiefe einige starke Resistenzen, wie gefüllte Därme, nicht wie Exsudat anzufühlen. Kein Ascites. Im Urin weder Eiweiss,

noch Zucker. Körpergewicht 38,2 kg. — Ordin.: Bettruhe, strenge Diät, Priessnitz auf den Bauch.

17. III. — Der Kranke befindet sich wohl und hat guten Appetit. Das Körpergewicht hat abgenommen: 35,8 kg. Der Kranke soll noch mehr Milch trinken und bekommt auf Wunsch von heute an auch Schinken. Er erbricht fast jeden Morgen, aber immer nur einen kleinen Teil der genossenen Milch. Der weitaus grösste Teil der Nahrung bleibt ihm. Im Abdomen ist nichts Pathologisches nachzuweisen.

Seit 18. III. bleibt das Erbrechen ganz aus. Der Kranke bekommt vom 22. III. an gewöhnliche Kost. Am 29. III. muss er auf dringenden Wunsch seiner Eltern entlassen werden. Er war indess in der letzten Zeit den ganzen Tag über ausser Bett. Seit 25. III. gebrauchte er morgens kalte Bäder, die er zu Hause fortsetzen soll. Das Körpergewicht ist bei der Entlassung 38,3 kg.

2. Fall.

B . . . ., Karl, 14 Jahre, Schuhmacherlehrling. (29. X. bis 5. XI 87.) Der Kranke litt seit 1½ Jahren an Appetitlosigkeit, Aufstossen und Erbrechen, das sich unmittelbar nach jeder Mahlzeit wiederholte. Blut war nie im Erbrochenen. Bei Nacht wurde der Kranke häufig durch Bauchschmerzen im Schlafe gestört. Der Stuhlgang war stets angehalten.

Ernährungszustand mittelmässig. Leidender Gesichtsausdruck. Zunge etwas belegt. Thorax gut gebaut. Ueber beiden Lungenspitzen bronchitische Geräusche. Sonst nichts Pathologisches. Keine Albuminurie.

Das Erbrechen verliert sich schon nach zwei Tagen. Der Kranke erträgt gewöhnliche Kost ganz gut und sieht auch ganz vergnügt aus.

3. Fall.

F . . . ., Albert, 16 Jahre, Lehrling. (20. X. 88 bis 15. II 89.) Der Vater des Kranken war schwindsüchtig, seine Mutter in den letzten Jahren nervenleidend (schwermütig?). Der Kranke selbst machte in seiner Jugend die gewöhnlichen ansteckenden Kinderkrankheiten durch, war aber sonst stets gesund.

Sein jetziges Leiden begann vor zwei Jahren, kurz nach seinem Eintritt in die Lehre bei einem Bäckermeister. Er musste öfters, wenn er nachts aufstand, um zur Arbeit zu gehen, erbrechen, anfangs etwa dreimal in der Woche. Er habe sich übrigens sonst in seinem Berufe nicht besonders anstrengen müssen. Das Essen habe ihm dabei immer gut geschmeckt, auch sei er nicht abgemagert. Nach ¼ Jahr ging der Kranke zum Malerhandwerk über. Er hatte dabei zwar viel mit Bleiweiss zu schaffen, litt aber nie an Bleikolik. Das Erbrechen verlor sich nicht, trotz der Aenderung der Beschäftigung. Gegen Weihnachten 1887 verschlimmerte sich sein Zustand. Er erbricht seitdem meist einmal am Tage und zwar des Abends. Der Kranke arbeitete seit dieser Zeit nicht mehr. An Magenschmerz, Kopfweh, Schwindel hat der Kranke nie gelitten, auch nie Blut erbrochen. Stuhlgang und Harnentleerung waren stets in Ordnung.

Man sieht bei der Untersuchung ein schlank gebautes Individuum vor sich, mit zarten blassen Hautdecken und dürftig entwickelter Muskulatur. Umschriebene Röte der Wangen. Keine Oedeme und Exantheme. Schlechte Zähne, kein Bleisaum am Zahnfleisch. Psychisches Verhalten ganz normal.

Lungen und Herz bieten nichts Pathologisches. Das Abdomen hat normalen Umfang, die Bauchdecken sind nicht gespannt. Der Leib ist nirgends druckempfindlich, auch die Magengegend nicht. Nur tiefes Eindrücken gegen die Aorta zu ist etwas schmerzhaft. Die untere Magengrenze lässt sich durch Percussion in Nabelhöhe feststellen. Kein abnormes Plätschern. Leber und Milz nicht vergrössert. Urinmenge normal. Im Urin einmal eine ganz leichte Trübung, bei öfterem Nachuntersuchen aber andauernd kein Eiweiss. Appetit gut. Stuhlgang in Ordnung. Keine Temperatursteigerung. — Der Kranke erbricht beinahe jedesmal nach dem Essen einen Teil des Genossenen sofort wieder aus, ohne vorhergehende Uebligkeit, ohne Würgen und ohne alle Beschwerden. Das Erbrochene reagiert leicht sauer und enthält keine abnormen Beimengungen. — Ordin: Bettruhe. Strenge Diät. — Das Erbrechen wird daraufhin entschieden seltener, hört aber nicht auf. Bei der klinischen Besprechung des Falles am 3. November 1888 begründet Herr Professor *Liebermeister* die Diagnose Hyperemesis hysterica durch den eigentümlichen Charakter des Erbrechens und die Abwesenheit aller für andere Formen des habituellen Erbrechens charakteristischen Symptome und stellt, da die einfache Diät nicht zum Ziele führte, stärkere psychisch wirkende Mittel in Aussicht. Am folgenden Tage wird denn auch mit Magenspülungen begonnen. Die entleerte Flüssigkeit ist dabei klar und enthält keine Speisereste. Das Erbrechen dauert jedoch fort, trotz regelmässiger Fortsetzung der Magenspülungen. Am 9., 10. und 11. XI. findet sich deutlich nachweisbar Eiweiss im Urin, von da an nicht mehr. Am 17. XI. constatiert Herr Dr. *Schleich* eine Infiltration der Papille in beiden Augen. Bei der klinischen Visite am 28. XI. spricht sich Herr Professor *Liebermeister* dahin aus, dass die vorübergehend beobachtete leichte Albuminurie viel zu gering sei, als dass man an Uraemie als Ursache des Erbrechens denken dürfte, dass somit kein Grund vorliege, die frühere Diagnose fallen zu lassen. Immerhin müsse man darauf achten, ob nicht eine beginnende interstitielle Nephritis dabei sei. In der Folge wurde jedoch nie mehr Eiweiss im Urin gefunden. — Vom 7. XII. an wird der Kranke mit dem Inductionsstrom in der Magengegend electrisiert. Das Erbrechen hört von da nicht gleich auf, wird aber geringer und bleibt schon nach 4 Tagen ganz aus. Diese Thatsache wird bei der klinischen Vorstellung des Kranken am 15. XII. als Bestätigung der Diagnose aufgefasst. Der Kranke bekommt nun noch kalte Bäder und kräftigere Kost und wird am 15. II., nachdem er stark an Gewicht zugenommen hat und sich völlig wohl fühlt, als geheilt entlassen.

4. Fall.

B....., Christian, 17 Jahre, Schneider. (5. II. 87 bis 9. III. 87.) Des Kranken Vater hat sich erhängt, seine Mutter im Wasser den Tod gesucht. Er kommt aus der Arbeiterkolonie Dornahof. Im Jahre 1884 musste der Kranke 5 Tage lang alles, was er zu sich nahm, wieder erbrechen. Dieser Zustand hörte auf, als er von einem Arzte ein Pulver bekam. Seither sei er gesund gewesen.

Seine jetzige Erkrankung begann nach Mitteilung des behandelnden Arztes (Dr. *Hartmann* in Altshausen) anfangs Dezember 1886 mit Schlingbeschwerden und Atemnot infolge eines Abscesses im Halse, der sich bei Einführung der Schlundsonde entleerte. Von da an konnte der Kranke wieder schlucken;

völliges Wohlbefinden stellte sich aber nicht mehr ein. Seit Entleerung des Eiters trat Erbrechen auf, das bisher jeder Therapie unzugänglich blieb. Tagelang werden alle genossenen Speisen erbrochen. B. konnte bis jetzt ausser Bett sein; bereits aber macht sich als Folge des Erbrechens eine grosse Schwäche geltend.

Blasser, verschüchterter Mann. Lungenlebergrenze auf der VI. Rippe. Herzdämpfung normal. Starker Pulmonalklappenton. Die Leber überragt den Rippenbogen um 2 Querfinger. Milz nicht vergrössert. Epigastrium druckempfindlich. Magen nicht vergrössert. Kein Plätschern. Urin zucker- und eiweissfrei. Augenspiegelbefund normal. — Ordin: strenge Diät.

Da der Kranke in der Klinik nie erbrach (ausgenommen einmal auf Darreichung von Ricinusöl) konnten ihm allmählich 2 Wecken und $^1/_2$ Portion Schinken erlaubt werden. Als aber am 1. III. wieder Erbrechen auftrat, kehrte man zur strengen Diät zurück. Der Kranke sieht übrigens jetzt besser aus und nimmt an Gewicht zu. Gegen Verstopfung bekommt er Pulvis laxans. Vom 7. III. an werden 1 Wecken und $^1/_2$ Schinken pro die gegeben, ohne dass sich Erbrechen einstellte. Am 9. III. kann der Kranke mit 2 kg Gewichtszunahme entlassen werden.

5. Fall.

Schw . . . . ., Elisabetha, 13 Jahre. (18. I. bis 1. II. 78.) Ausser Masern will die Kranke nie eine Krankheit gehabt haben. Ihr jetziges Leiden besteht schon seit $^5/_4$ Jahren und begann ohne bekannte Veranlassung mit Kopfweh und Erbrechen. Das Erbrechen erfolgte, so oft die Kranke etwas zu sich nahm, und zwar unmittelbar nach dem Essen. Blut war nie im Erbrochenen. Magenschmerzen hatte sie nie, wohl aber Schmerzen in der Brust und im Halse, häufig auch Herzklopfen. Der Stuhlgang war nie erschwert. Diese Beschwerden dauerten mit zeitweiliger bald kürzerer bald längerer Unterbrechung fort bis heute.

Ziemlich schwächliches, mässig genährtes Mädchen mit auffallend blassem Gesicht und blassen Lippen. Sonst ergiebt die Untersuchung objectiv nirgends etwas Abnormes. Brustorgane vollkommen normal. Magengegend nicht druckempfindlich. Magen leicht tympanitisch aufgetrieben. 112 Pulse in der Minute.

22. I. — Nach zweimaliger Anwendung des Inductionsstroms auf die Magengegend hat das Erbrechen ganz aufgehört. Dagegen klagt die Kranke nun über allerlei Schmerzen im Kopf, im Bauch, in den Extremitäten, Herzklopfen, Atemnot u. s. w. An der Herzspitze ist ein systolisches, wohl accidentelles Geräusch zu hören. Ueber der rechten Vena jugularis Nonnensausen. Ordin: Ferr. carbonic. sacch. 1,0 pro die. Inductionsstrom.

Das Essen wird gut ertragen. Die Schmerzen und Beschwerden verlieren sich in kürzester Zeit.

6. Fall.

Bl . . . . . ., Bertha, 16 Jahre. (5. XII. 88 bis 12. II. 89.) Die Eltern der Kranken sollen gesund sein. Eine Schwester derselben wurde vor 4 Jahren an Veitstanz und hysterischen Beschwerden in der Klinik behandelt, und soll immer noch ein sehr aufgeregtes und hastiges Wesen zeigen.

Die Kranke litt seit mehreren Jahren jeden Herbst an Heiserkeit, die mit Schlingbeschwerden einsetzte und als „Kehlkopfentzündung“ behandelt wurde. Im Jahre 1887 wurde die andauernde Heiserkeit durch Electricität wiederholt gebessert.

In ihrem 12. Lebensjahre will die Kranke einige Wochen lang an „Magenkatarrh“ gelitten haben. Im October 1887 bekam sie wieder Magenbeschwerden. Sie musste stets gleich nach dem Essen erbrechen und zwar „immer wieder einen Mund voll“; jedoch sei es nie die ganze Mahlzeit gewesen. Das Erbrochene habe sauer geschmeckt und im Halse geschmerzt. Die Beschwerden dauerten damals 14 Tage. — Vor 6 Wochen begann das Erbrechen wieder und zwar ganz in früherer Weise. Seit dieser Zeit Magendrücken, hartnäckige Verstopfung, Schmerz im Unterleib beim Stuhlgang. Karlsbadersalz und Latwerge blieben ohne dauernde Wirkung. Urin in Ordnung. Periode sehr unregelmässig.

Bei der Untersuchung hat man ein gut entwickeltes kräftiges Mädchen von gesundem Aussehen vor sich. Ueber den Lungen hört man da und dort spärliche Rasselgeräusche, ohne dass sonst ein abnormer Befund vorhanden wäre. Die Kranke klagt über geringen Husten und spärlichen zähen Auswurf. Die Herzdämpfung ist nicht vergrössert, und die Herztöne sind rein. Die Palpation des Abdomens ergiebt nichts Besonderes. Bei nüchternem Magen lässt sich kein Plätschern erzeugen. Die Kranke erbricht nur einmal zu Anfang ihres Aufenthaltes in der Klinik. Stuhlgang etwa alle 2 Tage mit Schmerzen verbunden. Urin in normaler Menge und stets eiweissfrei. Die Kranke spricht mit Flüsterstimme; laryngoskopisch constatiert man Parese beider Stimmbänder. Ordin: Pil. aloëtic. clinicae, Abds. 1 Stück z. n.

Am 12. XII. stellt Herr Professor *Liebermeister* die Kranke in der Klinik vor und bespricht die bestehende Aphonie als rein functionelle. Es gelingt ihm, dieselbe durch energisches Zureden und einen kräftigen Inductionsstrom zu beseitigen. Die Kranke spricht von da an mit ganz klarer, lauter Stimme.

Nachdem das Erbrechen etwa 8 Tage lang ausgeblieben war, stellt es sich gegen Ende Dezember wieder häufiger ein; auch klagt die Kranke wieder über Leibschmerzen. Wiederholte Anwendung des Inductionsstroms auf die Magengegend bleibt ohne Erfolg.

Am 23. I. wird die Kranke wieder klinisch vorgestellt. Herr Professor *Liebermeister* begründet die hysterische Natur des Erbrechens. Im Anschluss an die Besprechung wird der Kranken ein grosser trockener Schröpfkopf auf die Magengegend aufgesetzt, der 2 Stunden liegen bleibt.

In der Folge hört das Erbrechen zwar nicht ganz auf, wird aber weniger reichlich.

Da die Kranke am 24. I. angiebt, ihre Periode sei seit 12 Wochen ausgeblieben, wird eine Digitalexploration vorgenommen, die aber in Bezug auf Gravidität negatives Resultat ergiebt; auch der Hymen ist erhalten. Portio vaginalis etwas verdickt, corpus uteri schlank, atrophisch, stark anteflectiert, aber leicht beweglich. Ordin: Pil. aloëtic. ferratae, 3 mal tägl. 2 Stück z. n.

Das Erbrechen lässt stetig nach. Zeitweise Klagen über Leibschmerzen, ohne objectiven Befund. Am 6. II. tritt die Periode wieder ein. Acht Tage später wird die Kranke entlassen, da das Erbrechen in der Zwischen-

zeit ganz ausgeblieben war. Die Kranke hat seit ihrer Aufnahme um 8 kg zugenommen.

7. Fall.

S . . ., Johanna, 16 Jahre. (21. XII. 88 bis 11. I. 89.) Die Kranke bekam im Januar 1886 Krampfanfälle mit Bewusstlosigkeit, die sich 8 Tage lang täglich wiederholten. Seit dem ersten Anfall erbrach sie alle Speisen, zehn Wochen lang. Den Sommer über befand sie sich ziemlich wohl, nur schwarzen Kaffee erbrach sie stets. Seit 4 Wochen hat sich das Erbrechen in der alten Häufigkeit wieder eingestellt. Im Erbrochenen war manchmal viel Schleim, aber nie Blut. Am 24. Dezember erbrach die Kranke einen Spulwurm, bekam dann Santonin, worauf noch einige Spulwürmer abgingen. Seither hat das Erbrechen aufgehört.

8. Fall.

F . . ., Eudoxia, 18. Jahre. (24. VI. 84 bis 27. X. 84.) Die Kranke wurde im Waisenhause erzogen und hatte in der Kindheit viel an bösen Augen und an Halsweh zu leiden. Seit ihrem 9. Jahre ist sie mit Lupus behaftet.

Die Kranke behauptet von jeher einen „schlechten Magen“ gehabt zu haben. Saure und fette Speisen habe sie nie geniessen können, ohne dass es ihr nachher übel geworden sei. Sie habe dabei stets starken Brechreiz verspürt; jedoch sei es gewöhnlich nicht zum Erbrechen gekommen.

Vom 12. Jahre an leide sie nun an Erbrechen. Dasselbe sei anfangs nicht nach dem Essen, sondern meist morgens bei nüchternem Magen und während der Nacht erfolgt. Sie habe nur schleimige und gallige Massen, nie Blut erbrochen.

In den letzten 5 Wochen sei das Erbrechen häufiger und nun auch im Anschluss an die Mahlzeiten aufgetreten. Sie könne fast gar nichts mehr ertragen. Jede eingeführte Speise müsse sie, „sofort wie sie drunten ist“ wieder unter heftigem Würgen erbrechen. Erst habe sie noch saure Milch einigermassen ertragen. In den letzten 3 Wochen bleibe ihr auch diese nicht mehr. Blut sei nach starkem Würgen mitunter beim Erbrochenen gewesen, aber stets in geringer Menge.

Sonst klagt die Kranke noch über Kopfschmerzen, „Fieber“ und starke Uebligkeit. Wasser lassen müsse sie nur alle 3 – 4 Tage. Stuhlgang habe sie seit 6 Wochen nicht mehr gehabt. Sie will ferner jetzt abgemagert sein, während sie früher recht „stark“ gewesen sei.

Bei der Untersuchung findet man die Kranke ziemlich gut ernährt. Im Gesicht und am Hals inveterierte Lupusaffection. Gesichtshaut nicht blass, keine Cyanose, keine Oedeme. Lungenlebergrenze in der Papillarlinie auf der 6. Rippe, Leberdämpfung bis zum Rippenbogen. Hintere Lungengrenze 4 Querfinger unterhalb des Angulus scapulae. Nirgends eine Abschwächung des Lungenschalls. Ueberall Vesiculäratmen. Herzspitzenstoss im V. Intercostalraum nach innen von der Papillarlinie. Herzdämpfung nach keiner Richtung vergrössert. Herztöne laut und rein, nicht frequent. Abdomen nicht aufgetrieben. An verschiedenen Stellen, namentlich in der rechten und linken Flanke, wallnussgrosse runde Tumoren zu fühlen, die beständig ihre Lage wechseln und offenbar Kotballen repräsentieren. Druck auf dieselben macht Schmerzen.

Auch im Epigastrium Druckempfindlichkeit, jedoch weder ein Tumor noch eine diffuse Resistenz zu tasten. Blase nicht gefüllt. Urin eiweissfrei. Im Spucknapf erbrochene geronnene Milch, der wenig gallig gefärbte Schleimmassen beigemengt sind.

In den nächsten Tagen werden grosse Darmeingiessungen gegeben, auf welche reichliche Kotentleerung erfolgt. Der Stuhlgang erfolgt schliesslich ohne Hilfe. Nie enthalten die Entleerungen Blut.

Am 21. VII. erzählt Herr Professor *Liebermeister* bei der klinischen Demonstration des Falles, dass die Kranke mit der Diagnose Pylorus-carcinom und der Anfrage, ob noch eine Operation möglich sei, in die Klinik geschickt wurde, und spricht dabei die Vermutung aus, dass der bei der Palpation fest sich contrahierende Rand des M. rectus abdom. einen Tumor vorgetäuscht habe. Sodann constatiert er einen Kottumor in der linken Darmbeinschaufel und teilt die günstigen Erfolge der evacuierenden Behandlung mit.

8 Tage später wird die Kranke wieder vorgestellt. Ihr Aussehen hat sich wesentlich gebessert, das Körpergewicht ist gestiegen, das Erbrechen seltener geworden. Herr Professor *Liebermeister* bezeichnet das Erbrechen als Hyperemesis hysterica und macht der Kranken begreiflich, dass es seiner Natur nach von selbst wieder aufhören werde. Das Erbrechen bessert sich denn auch bedeutend, ohne dass eine stärkere psychische Beeinflussung (Electricität, Schlundsonde) nötig geworden wäre.

Im August wurde der Lupus durch Ausbrennen mit dem Paquelin und durch Aetzung mit Arsensalbe behandelt. Anfangs September bekam die Kranke ein Cornealgeschwür. Das Erbrechen war unterdessen wieder hartnäckig aufgetreten und auch nach Heilung der Augenaffection geblieben.

Am 20. September wird endlich der Kranken kategorisch erklärt, dass sie auf der Stelle entlassen werde, wenn sie noch einmal drei mal des Tages erbreche.

Die Wirkung bleibt nicht aus. Die Kranke erbricht von dem Tage an viel seltener. Vom 6. October ab bekommt sie wieder Fleischkost, nachdem sie längere Zeit frei von Erbrechen war. Das Körpergewicht ist in steter Zunahme begriffen, das Aussehen vorzüglich.

Am 27. October kann sie als von ihrer hysterischen Magenaffection geheilt betrachtet werden. Kein Erbrechen mehr. Stuhlgang regelmässig. Körpergewicht 5 kg mehr als bei der Aufnahme. Der Lupus ist immer noch in Ausbreitung begriffen.

9. Fall.

Frl. St..., Dina, 19 Jahre. (10. V. 81 bis 29. V. 81.) Die Kranke war früher stets gesund, nie bleichsüchtig, nie nervös. Seit dem 13. Lebensjahr regelmässig und schmerzlos menstruiert. Vor etwa 4 Monaten erkrankte sie angeblich ohne jede Veranlassung an heftigem Erbrechen, das wenige Minuten nach jeder Mahlzeit eintrat. Dabei war die Magengegend auf Druck schmerzhaft. Der Stuhlgang war in Ordnung. Die angewandten Mittel (Natronpulver, schwacher Inductionsstrom, warme Bäder) blieben ohne Erfolg.

Ueppig entwickeltes Mädchen, Körpergewicht 75,7 kg (!). Die Untersuchung des Magens ergiebt eine leichte Druckempfindlichkeit zwischen Nabel

und Schwertfortsatz. Die Kranke erbricht regelmässig nach jeder Mahlzeit, meist gleich nach dem Schlucken.

Am 14. V. (nachdem die Periode vorüber) erstmalige Faradisation. Nach nur dreimaliger Wiederholung des Electrisierens beschränkt sich das Erbrechen auf die Zeit nach dem Nachmittagkaffee.

Gegen Obstipation wird am 19. V. regelmässiger Gebrauch von Sal thermarum Carolin. verordnet. Das Erbrechen hört von nun an ganz auf. Körpergewicht am 18. V. 73.8 kg. Bantingdiät. Die Kranke wird am 29. V entlassen. Sie erbrach bis dahin nur noch zweimal nach Verfehlungen gegen die vorgeschriebene Diät.

10. Fall.

Frl. Oe....., Ida, 24 Jahre, ledig. (25. X. 83 bis 18. III. 84.) Die Kranke wurde 4 Jahre alt, bis sie gehen lernte, und war als Kind immer kränklich. In ihrem 13. Lebensjahre stellte sich die Periode ein, die aber von Beginn an in unregelmässigen Zwischenräumen wiederkehrte und stets mit Schmerzen verbunden war. Sie litt dabei an Leibschmerzen und Rückenschmerzen und war manchmal durch Schmerzen in den Beinen an das Bett gefesselt. Daneben bestand starker Ausfluss. Der Magen sei immer wie ein Luftkissen aufgetrieben und sehr empfindlich gewesen, doch sei nur von Zeit zu Zeit Erbrechen vorgekommen.

März 1880 sei die Kranke wegen „Anschwellung der Gebärmutter und Eierstöcke“ in der Tübinger gynäkologischen Klinik in Behandlung gewesen. Später sei ihr anderwärts wegen Dysmenorhoe der Muttermund gespalten worden.

Mai 1881 zeigte sich häufiges Erbrechen. Die Kranke musste alles, was sie genossen hatte, gleich wieder von sich geben. Sie lag 10 Wochen zu Bett.

Januar 1882 gesellten sich die ersten Krampfanfälle hinzu. Dabei sei ihr der Hals zusammengeschnürt worden, dann habe sie heftig husten müssen, der Kopf habe sich nach hinten gezogen und die Hände und Arme sich verdreht. Die Anfälle haben sich 4 bis 5 mal am Tage wiederholt Eine electrische Kur habe die Krämpfe noch verstärkt, so dass sie schliesslich mit Händen und Füssen um sich geschlagen und die Besinnung verloren habe. Nach einem Anfall sei sie immer ermattet und elend gewesen und habe heftige Schmerzen im Unterleib und im Kreuz bekommen, bisweilen auch stundenlang anhaltendes Aufstossen.

Im Sommer 1882 sei sie in der Anstalt des Dr. *Fischer* in Cannstatt mit Electricität und Bädern erfolgreich behandelt worden. Die glücklich erreichte Besserung habe aber bald nach ihrer Entlassung dem alten Uebel wieder den Platz geräumt.

November 1882 wurde schliesslich in Stuttgart die totale Castration an ihr vorgenommen, worauf sie bis Januar 1883 von dem Erbrechen und bis Mai 1883 von den Krämpfen verschont blieb.

Im Frühjahr 1883 steigerte sich nun das Erbrechen so sehr, dass sie jede Speise, die sie kaum geschluckt hatte, wieder erbrechen musste. Auch die Krämpfe kamen täglich wieder, sie sollen mit Beklemmung und Atemnot beginnen, dann sollen die Glieder kalt werden, einschlafen und sich nicht mehr bewegen lassen. Während der Krämpfe glaubt sie nichts von sich zu wissen. Nachher verspürt sie allerlei Schmerzen im ganzen Körper.

Die Kranke ist leidlich gut genährt, die Muskulatur zart, das Fettgewebe

schlaff. Lungen und Herz werden bei der Untersuchung gesund befunden. Auch Leber und Milz sind nicht vergrössert. Im Abdomen ist nichts besonderes zu fühlen. Auch ist der Leib nicht aufgetrieben. Vom Nabel nach abwärts ist die Laparotomienarbe zu sehen. Die schlaffe glatte Vagina sondert reichliche dünne eitrige Flüssigkeit ab. Die Portio ist höckerig und weist einen Defect auf, der wohl von den früheren Incisionen herrührt. Der Urin ist hell mit geringem wolkigem Bodensatz, eiweissfrei. Die exquisit hysterischen Krampfanfälle lassen sich durch geeignete Mittel leicht erzeugen und durch starke Inductionsströme prompt coupieren. Die Kranke nimmt kalte Bäder und soll täglich 2 Liter Milch trinken.

Das Erbrechen wird nach und nach seltener, und die Anfälle verlieren sich ganz. Die Kranke nimmt im Januar wieder feste Nahrung und wird jedesmal, so oft sie erbricht, energisch electrisiert. Die Klagen über Magenschmerzen wiederholen sich in einförmiger Weise. Am 18. März wird die Kranke entlassen. Das Erbrechen ist zwar nicht ganz beseitigt, dagegen sind die Krampfanfälle ganz verschwunden. Auch das Aussehen ist ein befriedigendes.

14. I. 85 kommt die Kranke von neuem zur Aufnahme und erzählt, ihre Anfälle haben sich gegen Ende Mai 1884 wieder eingestellt, anfangs nur als leichte Ohnmachten, die aber bald von zunehmender Steifigkeit begleitet waren. Sie habe sich eine Drüsengeschwulst aufschneiden und einige Zähne ausziehen lassen müssen. Seither sei ihr Zustand wieder schlimmer als je. Das Erbrechen habe gar nicht mehr aufhören wollen, sei 20 mal an einem Tage aufgetreten. Dabei habe sie quälende Schmerzen im Rücken, in der Seite und in der Magengegend ausstehen müssen. Sie habe nur Milch und Kaffee genossen. Den ganzen Sommer über habe sie kalte Bäder gebraucht und sich massieren und faradisieren lassen.

Die Kranke sieht sehr blass und angegriffen aus. Ihr Körpergewicht ist seit ihrer Entlassung um 11 Pfund gefallen. Sie hat täglich 6—7 Anfälle von klonischen Krämpfen, öfters auch kataleptische Zustände. Das Erbrechen kam in der Klinik gar nicht zum Vorschein, die Krämpfe werden in kürzester Frist leichter und seltener.

Bei der klinischen Besprechung vom 28. Januar erklärt Herr Professor *Liebermeister*, die Kranke befinde sich schon auf dem Wege der Besserung; er wolle deshalb bis auf Weiteres abwarten und es dem Instinkt der Kranken überlassen, einen Weg zu finden, wie sie ihre Anfälle selbst unterdrücken könne. Erst wenn eine Stockung in der nunmehr angebahnten Besserung eintreten sollte, wolle er mit Electricität und kalten Bädern nachhelfen. Und in der That gelingt es der Kranken nach wenigen Tagen, ihre Anfälle ganz zu unterdrücken. Auch das Aussehen wird besser, und das Körpergewicht nimmt zu.

Dagegen tritt nun Ende Februar das Erbrechen wieder auf den Schauplatz, und zwar ohne jede besondere Ursache. Bei der klinischen Besprechung des Falles am 10. März legt Herr Professor *Liebermeister* der Kranken nahe, dass sie es mit der Zeit lernen werde, das Erbrechen zu unterdrücken, wie es ihr ja auch bei den Anfällen gelungen sei. Die Kranke, die seither nur von Milch lebte, bekommt wieder Brot. Es tritt nie mehr Erbrechen auf. Nachdem auch das Körpergewicht erheblich zugenommen hat, beginnt die

Kranke am 1. April mit kalten Bädern, zunächst 26 ° R. 10 Minuten lang, jeden Tag ½ ° weniger.

Am 26. Juni stellt Herr Professor *Liebermeister* die Kranke wieder vor. Sie hat inzwischen um 8 kg zugenommen. Von Anfällen und Erbrechen ist schon lange keine Spur mehr da. So könne man jetzt mit Fug und Recht sagen, die Kranke befinde sich auf dem Wege zur definitiven Heilung. Doch sei die Gefahr zu befürchten, dass wieder ein Rückfall eintrete, wenn sie in ihre alten Verhältnisse zurückkehre. Es wäre deshalb eine Ablenkung von der früheren Umgebung und Lebensweise sehr wünschenswert. Sie sollte die ihr am meisten zuträgliche anstrengende Beschäftigung finden. Wenn sie sich vielleicht ganz der Krankenpflege widmen könnte, würde eine totale Heilung nicht ausserhalb des Bereiches der Möglichkeit liegen.

Die Kranke fasst den Entschluss, Krankenpflegerin zu werden, und fängt an, die Wärterin in der Pflege zu unterstützen. Am 1. Novbr. ist sie schon so weit hergestellt, dass sie als Kranke aus dem Journal gestrichen wird. Sie besorgt nun vorläufig den vollen Dienst einer erkrankten Wärterin und wird vom Hause förmlich als Aushilfswärterin angestellt. Sie fühlt sich zwar nie vollständig wohl und hat noch mancherlei Beschwerden, versieht aber ihren Dienst mit grösster Pflichttreue und Hingebung. Am 23. November verlässt sie das Haus, um in L . . . . . eine Stelle als Krankenwärterin zu übernehmen.

Am 18. Dezember 1885 wird Ida Oe . . . . . abermals aufgenommen. Sie hat inzwischen eine mit ihr befreundete Kranke gepflegt, deren Leiden ihr offenbar sehr nahe gegangen war. Obwohl sie sich stets streng an ihre Diät gehalten habe, seien ihre Verdauungsbeschwerden schlimmer geworden Am 5. Dezember habe sie heftiges Magendrücken bekommen, mit einem Gefühl, „als ob sich ein Knollen im Magen herumbewegte“. Am 9. Dezember abends habe sie wiederholt erbrechen müssen, wobei einige Kaffeelöffel voll schwarzes Blut zum Vorschein gekommen seien. In den nächsten 8 Tagen habe sich das Blutbrechen öfters unter starken Schmerzen wiederholt. Durch dieses neue Phänomen begreiflicherweise äusserst beunruhigt, suchte sie die Hilfe der medizinischen Klinik auf, da ihre Stellung ohnedem zu ihrem grossen Kummer unhaltbar geworden war. „Ich war so herzlich froh“, schreibt sie an Herrn Professor *Liebermeister*, „ein Plätzchen gefunden zu haben, wo meine Mühe sich lohnte und meine schwache Kraft sichtbare Erleichterung brachte. Ich war so erfreut, dem ersehnten Ziele so nahe zu sein, einen eigenen Wirkungskreis zu haben und gesund dabei zu werden — und nun stehe ich erschreckt, wie ein gebranntes Kind, das das Feuer fürchtet, vor einem Rückfall.“

Die Kranke ist mager geworden, sieht leidend aus, spricht nur mit schwacher Stimme. Die Harnmenge bleibt unter der Norm. . . . Epigastrium nicht aufgetrieben, sehr druckempfindlich. Schon eine leise Berührung bringt die sonst nicht wehleidige Kranke zu Schmerzäusserungen. Kein Plätschern im Magen in nüchternem Zustande. — Die Kranke erbricht ab und zu Speisereste meist mit beigemengter Galle, stets ohne Blut. Die Harnmengen bleiben fortgesetzt sehr klein. Das Körpergewicht ist in rapider Abnahme begriffen. Am 7. März Magenspülung in der Frühe bei nüchternem Magen, ohne besondere Ergebnisse. Die eingegossenen Speisen werden neben dem Schlauch wieder erbrochen. Die Kranke selbst hat die Ueberzeugung, dass sie ein schweres

Magenleiden habe. Sie lässt sich die Beschränkung der Nahruug recht gern gefallen und ist fast stolz darauf, dass sie bei jeder Wägung um einige Pfunde abgenommen hat.

Am 6. April wird die Kranke klinisch vorgestellt. Die Vermutung, dass es sich nicht um ein Ulcus ventriculi handle, hat sich immer mehr bestätigt. Man sucht der Kranken begreiflich zu machen, dass ihr jetziges Leiden mit ihrem früheren Nervenleiden zusammenhänge. Sie soll von heute an zu fester, kräftiger Nahrung übergehen.

Die Kranke erträgt in der Folge die Aenderung der Diät ganz gut und erbricht nur selten; die Schmerzen werden geringer, das Körpergewicht nimmt zu. Die Kranke klagt wesentlich nur über hartnäckige Verstopfung und manchmal erfolglosen Harndrang. Späterhin fängt sie wieder an, mancherlei zu klagen, spricht immer viel davon, ihre Beschwerden zu überwinden und nicht aufkommen lassen zu wollen, ist auch in allen Kleinigkeiten sehr gehorsam, giebt sich aber in Wirklichkeit wenig Mühe. Vom 9 Juni an nimmt die Kranke wieder kalte Bäder. Sie klagt stets über Kopfweh und Schwindel und verliert viele Haare, die mit der Wurzel ausgehen.

Am 29. Juli verlässt die Kranke die Klinik auf eigenen Wunsch, soll aber nicht nach Hause gehen. Ihre psychische Verfassung ist keine günstige. Sie klagt beständig, dass es ihr eben nicht besser gehe und trägt ihre Krankheit jedermann gegenüber möglichst zur Schau. Sie fühlt sich in der Rolle der Patientin so wohl, dass sie nicht die mindeste Lust zu einer geregelten Thätigkeit zeigt. Das Erbrechen kommt übrigens nur selten vor.

Nach ihrer Entlassung befand sich die Kranke ziemlich wohl, nahm aber nur schwarzen Kaffee, wenig Milch und Rotwein zu sich, und ernährte sich hauptsächlich durch Milch-Eier-Klystiere. Sie erbrach häufig schleimige und gallige Massen. Sie konnte aber arbeiten und pflegte um die Weihnachtszeit kranke Angehörige, wobei sie durch zahlreiche Nachtwachen sehr erschöpft wurde. Sie will dann selbst mit Fieber und Delirien erkrankt sein und später auch ihre Krampfanfälle wieder bekommen haben.

Am 7. Juni 1887 wird die Kranke auf ihre dringende Bitte nochmals aufgenommen, soll aber nur unter der Bedingung behalten werden, dass sich bis zu einem bestimmten Termin eine entschiedene Besserung zeigt. Die Kranke lässt sich leicht hypnotisieren und zeigt sich auch sonst sehr zugänglich für Suggestionen. Ihr Zustand bleibt aber immer der alte. Nur tritt an Stelle der unerschöpflichen Klagen gegen Ende des Jahres eine gewisse Resignation. Sie hält ihren Zustand nun selbst für unheilbar und wird auch schliesslich kaum gebessert entlassen.

11. Fall.

E . . . . . , Magdalene, 22jährige Dienstmagd. (24. XI. bis 15. XII. 77.) Die Kranke habe vom zarten Kindesalter an strenge Arbeit verrichten müssen, obwohl sie immer kränklich war. Nachdem sie in ihrem 9. Jahre ihre Mutter verloren, habe ihr die Führung des ganzen Haushalts obgelegen. Ihre „hohe Schulter“ soll sich nach einer schweren Lungenentzündung, die sie im zehnten Jahre überstanden, ausgebildet haben. Im 12. Jahre sei sie an „Gliederweh“ acht Wochen zu Bett gelegen, habe sich aber wieder gut erholt Nur habe sich auch später noch wiederholt Mattigkeit und Kurzatmigkeit beim Arbeiten

eingestellt. Seit ihrem 16. Jahre habe sie öfters Kopfweh. Ihre Periode habe sie erst mit 20 Jahren bekommen. Januar 1875 sei sie an „gastrischem Fieber“ 4 Wochen im Spital gelegen. Seither will sie nicht mehr recht gesund sein. Schon einige Tage nach ihrer Entlassung seien ihr Hände, Füsse und Bauch angeschwollen. Dies habe 14 Tage gedauert und sich auf Gebrauch einer Salbe gebessert. Um dieselbe Zeit habe sie Husten bekommen, der besonders im Winter 76/77 sehr heftig gewesen sei und reichlichen grünen Auswurf zu Tag gefördert habe. Manchmal habe sie auch dunkles klumpiges Blut ausgehustet. Daneben habe sie an heftigen Brustschmerzen gelitten. Während des Sommers habe sich ihr Zustand gebessert. Im September 77 habe sie ohne bekannte Veranlassung plötzlich heftiges Erbrechen mit Magenschmerzen, zuweilen auch Herzklopfen und Stechen auf der linken Brust bekommen. Der Appetit sei stets gering, der Stuhlgang regelmässig, auch die Periode immer in Ordnung gewesen.

Wohlgenährtes, kräftiges und gesund aussehendes Individuum. Mässige Struma. Eigentümliche Verbildung des Brustkorbs. . . . Die ganze linke Brusthälfte ist druckempfindlich. Abdomen besonders in der Nabelgegend stark eingezogen, weiter abwärts ganz flach. Magen stark meteoristisch aufgetrieben. Das Zwerchfell links sehr hoch stehend. Die ganze Magengegend bei Berührung sehr schmerzhaft. Leberdämpfung nur 1—2 Finger breit. . . . Körpergewicht 59,1 kg. Ord.: Sal thermarum. Milchdiät.

Die Schmerzen in der Magengegend und auf der linken Brust dauern fort. Alles, was die Kranke zu sich nimmt, wird sofort wieder erbrochen. Am 2. Dezember ergiebt eine Magenspülung keinerlei abnormen Inhalt. Immer noch Erbrechen nach jeder Mahlzeit. Fast ununterbrochen Magenschmerzen, die meist nach dem Essen und bei Nacht noch heftiger werden. Bei Druck diffus verbreitete Schmerzen, Ord.: Priessnitz'sche Umschläge. 5. Dezember: Trockene Schröpfköpfe auf die Magengegend gesetzt. Das Erbrechen dauert immer noch fort.

Bei der klinischen Vorstellung der Kranken am 8. Dezember macht Herr Professor *Liebermeister* darauf aufmerksam, dass der gute Ernährungszustand und das vortreffliche Aussehen, die diffuse Ausbreitung der Schmerzen, die grosse Regelmässigkeit des Erbrechens, selbst bei Aufnahme von Milch oder Wasser, die vollständige Erfolglosigkeit der eingeschlagenen Therapie gegen die Annahme eines Ulcus ventriculi sprechen. Das Magenleiden habe wahrscheinlich einen hysterischen Ursprung, umsomehr, da auch die vielerlei unklaren Krankheitsschilderungen der Anamnese am ehesten hysterischen Affectionen entsprechen. Ord.: Fortsetzung der Milchdiät. Ferr. carbonic. sacch. 1,5 pro die.

Das Eisen wird von der Kranken gut ertragen. Ihr Zustand bessert sich fortwährend. 15. Dezember wird sie entlassen, allerdings ohne dass das Erbrechen sich ganz verloren hätte. Körpergewicht 60,03 kg.

Am 18. Februar 1878 lässt sich die Kranke zum zweiten Male in die Klinik aufnehmen. Ihr Zustand ist im wesentlichen derselbe. Erst diesmal giebt sie an, dass sie an weissem Fluss leide und die Menses immer spärlich und schmerzhaft seien. Sie sei auch schon zweimal auf ein Gebärmutterleiden untersucht worden. Das zweitemal habe sie nach Einführung der Sonde heftige Schmerzen und starke Blutung bekommen. — Die Untersuchung ergiebt eine

Anteflexio uteri. Der Uteruskörper ist bei Berührung schmerzhaft. Die Cervix zugespitzt, zapfenartig vorspringend. Starker Fluor albus. Aus dem Cervicalkanal dringt dickes weissgelbliches Secret. Von Ulcerationen ist nichts zu bemerken. — Die Kranke wird am 16. März gebessert entlassen.

Vom 30. October 1880 bis 13. Januar 1881 wird die Kranke wegen hysterischer Aphonie behandelt. Das „Magenleiden" ist inzwischen in den Hintergrund getreten. Das Erbrechen bleibt manchmal 8 Tage lang aus, zu anderen Zeiten kommt es täglich mehrere Male. Allmählich verlieren sich die Krankheitserscheinungen, und sie ist im Stande, einen ziemlich schweren Dienst anzutreten und in befriedigender Weise zu versehen.

12. Fall.

Z....., Agnes, 25jähriges Dienstmädchen. (10. XI. 81 bis 25. I. 82.) Die Kranke hatte als Kind Halsbräune, Scharlach und Pocken. Im fünfzehnten Jahre erste Periode, immer regelmässig, schmerzlos. Seit ihrer jetzigen Erkrankung ist der Blutverlust geringer und mit Leibschmerzen verbunden. — Vor 3 Jahren habe sie schmerzhaftes Magendrücken bekommen und zwar immer gleich nach dem Essen. Im folgenden Jahre haben sich diese Beschwerden noch gesteigert, und es sei öfters Erbrechen nach der Mahlzeit eingetreten. Dasselbe habe sich in den letzten 6 bis 8 Wochen fast jeden Tag wiederholt. Sie habe keine Ruhe gehabt, bis das ganze Essen wieder erbrochen war, was oft gleich nach der Mahlzeit, oft auch erst mehrere Stunden später der Fall gewesen sei. Es seien Pulver und Arzneien verordnet, Hungerkuren versucht worden, alles ohne jeden Erfolg.

Die Kranke sieht sehr blass aus, ist aber gut genährt. Lungenlebergrenze in der Mamillarlinie am unteren Rande der sechsten Rippe, hinten 5 Querfinger breit unterhalb der Scapula. Ueberall voller Percussionsschall. Nirgends ein Rasselgeräusch. Herzspitzenstoss innerhalb der Mamillarlinie im 5. Intercostalraum deutlich zu fühlen. Herztöne rein, aber schwach. Der zweite Pulmonalton ein wenig accentuiert. Leber nicht vergrössert. Magengegend in weiter Ausdehnung schmerzhaft, besonders bei Druck. Auch ist deutlich Plätschern zu hören. Stuhlgang retardiert. Urin eiweissfrei. Letzte Periode vor 14 Tagen. Körpergewicht 46,5 kg. Ord.: Bismuth. subnitric., Milchdiät.

13. Nov. Die Kranke erbricht alles. Die Magenspülung scheitert an dem Widerstreben der Kranken, gelingt aber am 15. Nov. und ist von gutem Erfolg. Die Kranke erbricht nun nicht mehr und behauptet die Milch ertragen zu können, was ihr seit zwei Jahren nicht mehr möglich gewesen sei,

17. Nov. Gestern abend erfolgte einmaliges geringes Erbrechen. Magenspülung. Quantität nicht festzustellen, da die Kranke neben der Sonde erbricht. Die entleerte Flüssigkeit enthielt wenig genommen wurde. Die Kranke trinkt an diesem und dem folgenden Tage reichlich Milch, ohne ein einziges Mal zu erbrechen. Sie klagt nur über saures Aufstossen. Gegen anhaltende Verstopfung Pil. Aloës. Bis zum 26. November kein Erbrechen mehr. Körpergewicht 47,1 kg.

30. Nov. Nachdem in den letzten Tagen wieder einigemale erbrochen wurde, wird heute bei nüchternem Magen die Ausspülung vorgenommen. Nach

dem Herausnehmen fliesst aus der Sonde etwas blutig gefärbte Flüssigkeit. Das Spülwasser enthält Schleim, aber keine Speisereste.

Am 19. Dezember stellt Herr Professor *Liebermeister* die Kranke in der klinischen Stunde vor und teilt mit, er habe zuerst an eine Ulcus der Pylorusgegend mit folgender Dilatatio ventriculi gedacht. Dagegen spreche aber das Auftreten des Erbrechens unmittelbar nach dem Essen. Ein leichter Magenkatarrh werde wohl bestehen. Chronischer Magenkatarrh führe nur bei gleichzeitigem Potatorium zu öfterem Erbrechen, was im vorliegenden Falle mit Sicherheit auszuschliessen sei. Erbrechen sympathischer Art, wie es bei acutem Morbus Brightii, Leber- und Milzinfarct, Trauma, Ovarialtumoren, Gravidität, Gehirnkrankheiten vorkomme, sei ebenfalls auszuschliessen. Es sei deshalb Hyperemesis hysterica anzunehmen. Ord.: Electricität.

20. Dezember. Die Kranke erbricht immer noch einmal täglich. Vom 25. Dezember an wird täglich bei nüchternem Magen eine Spülung vorgenommen. Man erhält nie eine Spur von Speiseresten. Vom 27. Dezember an hört das Erbrechen auf. Die Kranke klagt jedoch stets über Druck im Magen. Am 13.– 15. Januar tritt wiederum Erbrechen auf. Da die Oeffnung immer noch sehr erschwert ist, werden stärkere Abführpillen gegeben. Am 25. Januar 1882 verlangt die Kranke die Klinik verlassen zu dürfen. Das Erbrechen ist in letzter Zeit nur noch selten aufgetreten. Das Körpergewicht hat im ganzen um 1,40 kg zugenommen.

13. Fall.

M....., Hedwig, 31 Jahre ledig. (26. X. bis 24. XI. 88.) Mutter und Tante der Kranken seien nervenleidend gewesen. Sie selbst sei von Jugend auf schwächlich. Im 15. Jahre sei sie bleichsüchtig geworden und leide seither mit geringen Unterbrechungen an nervösem Erbrechen. Sie habe viel zu Bett gelegen, weil sie zu schwach zum Gehen und Stehen gewesen sei. Seit etlichen Jahren seien noch Krämpfe dazu gekommen, die schliesslich fast jeden Tag aufgetreten seien und nur auf Electrisieren oder Morphiumeinspritzung aufgehört haben. Chloroform habe die Krämpfe noch verstärkt. Zeitweise sei sie wieder kräftiger gewesen und habe wieder gehen können. Nur die frische Luft könne sie nie ertragen. Im Jahre 1886 sei die Kranke wiederholt in der gynaekologischen Klinik in Behandlung gewesen und habe an Gebärmutterknickung, -entzündung und -ausfluss gelitten.

Grosse wohlgenährte Person mit beträchtlichem Panniculus adiposus. Bauch etwas aufgetrieben, in der Gegend der Flexura iliaca druckempfindlich. Sonst kein pathologischer Befund

Die Kranke ist sehr aufgeregt und bekommt deshalb anfangs jeden Abend 0,01 Morphium injiciert, das aber später aufgegeben wird. Gegen Verstopfung Pulvis laxans. Die Kranke bessert sich in kürzester Zeit unter dem Einfluss regelmässiger kalter Bäder.

14. Fall.

Frl. E....., Emma, 35 Jahre. (5. X. bis 24. XII. 85.) Nach den anamnestischen Aufzeichnungen der Kranken war ihre Mutter eine sehr nervöse Dame. Sie selbst war von Kindheit auf zart und bleich, ohne je ernstlich

krank zu sein. Im 13. Jahre entwickelte sie sich. Die Periode war stets mit Schmerzen verbunden, die sich mit den Jahren steigerten und durch örtliche Behandlung unerträglich wurden. Vom 14. Jahre an traten bei der Kranken, die damals in einem Pensionat sich befand, „Nervenkrämpfe“ auf, gegen welche magnetische und diätetische Kuren ohne merklichen Erfolg von ihr gebraucht wurden. Vom 24. Jahre an wurden die Krämpfe seltener und stellten sich nur bei sehr heftigen Schmerzen wieder ein. Die Schmerzen in den Beinen machten ihr nach und nach das Gehen ganz unmöglich. Im Jahre 1877 unterzog sie sich einer längeren Kur im Ludwigsspital in Stuttgart, die ihr die Kraft zu gehen wiedergab. Im Juni dieses Jahres bekam sie auf einige Esslöffel Chloralhydratlösung, die sie sonst immer gut ertragen hatte, heftigen Magenkrampf und anhaltendes Erbrechen. Sie nahm monatlich um zwei Pfund ab, was ihr allerdings anfänglich ganz recht war, da sich infolge der langen Ruhe eine beträchtliche Körperfülle bei ihr ausgebildet hatte. Schliesslich wurde sie durch das 3 Jahre lang anhaltende Erbrechen so geschwächt, dass sie sich 1880 entschloss, die Castration bei sich vornehmen zu lassen. Die Operation verlief ganz gut; aber ihre Beschwerden kamen bald nachher wieder. Nur zeigten sich jetzt die Krämpfe in etwas anderer Form und überraschten sie meist bei Nacht. Später glaubte man in einer Retroflexio uteri die Quelle des Leidens zu finden. Allein die gynaekologische Behandlung von seiten der berühmtesten Specialisten blieb was die nervösen Beschwerden anlangte ganz erfolglos. Die Schmerzen im Kreuz, das Brennen entlang der Wirbelsäule, die Schwäche in den Beinen, das Erbrechen seien jetzt so schlimm wie je.

Blasse Kranke von gutem Ernährungszustand. Ueber beiden Lungenspitzen spärliche Rasselgeräusche. Abdomen etwas aufgetrieben, nirgends druckempfindlich. Die Magengegend auch bei starkem Druck nicht empfindlich. Morgens bei nüchternem Magen kein Plätschergeräusch. Leber und Milz nicht vergrössert. Der Urin ist etwas trüb und enthält geringe Eitermengen (aus der Vagina). Die Kranke hat einen schwankenden unsicheren Gang, der sonst keine characteristischen Merkmale erkennen lässt. Die Sensibilität der Fusssohlen ist nicht herabgesetzt. Bei geschlossenen Augen ist der Gang noch unsicherer; beim Stehen nur geringfügiges Schwanken, Patellarsehnenreflexe erhöht. Kein Fussklonus. Brust und Lendenwirbelsäule auf Druck schmerzhaft.

Kalte Bäder. Allmählich steigende Uebung im Gehen. Die Kranke macht rasche Fortschritte. Die Versuche, das habituelle Erbrechen zu beseitigen (Faradisieren der Magengegend, Schröpfköpfe etc.) schlagen zuerst fehl. Am 27. November gelingt es der Kranken endlich, durch eigene Kraft das Erbrechen vollständig zu unterdrücken. Sie habe es dadurch zu stande gebracht, dass sie „leer schluckte, so lange noch etwas herauf wollte“. Ueberhaupt beweist sie eine grosse Energie. Schon nach 6 Tagen ist die Kranke vollkommen Herrin über ihren Magen. Das Erbrechen ist abgethan. Jetzt sollen auch die nächtlichen Krämpfe in Angriff genommen werden. Am 8. Dezember überwindet sie auch diese zum erstenmale. „Sie habe im Gebet den festen Glauben gewonnen, dass der liebe Gott auch die Krämpfe vertreiben werde.“ Die Kranke fühlt sich durchaus wohl, hat nur ab und zu noch geringe Schmerzen. Sie sucht sich im Hause bei der Krankenflege nützlich zu machen.

Am 24. Dezember wird die Kranke entlassen. Sie kann mit Leichtigkeit zwei Stunden lang gehen. Krämpfe und Erbrechen sind nicht wiedergekehrt.

Sie will die Bäder zu Hause noch fortsetzen. Später denkt sie sich der Krankenpflege zu widmen.

Sie hat diesen Vorsatz ausgeführt und ist noch gegenwärtig (1891) in diesem Beruf mit Erfolg thätig.

II. Vierzehn Krankengeschichten aus der Litteratur

entnommen aus

Henri Hervé de Lavaur. De la dyspepsie nerveuse. Traitement des Vomissements alimentaires par le lavage de l'estomac et l'alimentation artificielle. Thèse de Paris. 1885.

Lucien Deniau. De l'hysterie gastrique. Thèse de Paris. 1883.

Daniel Fouquet. Thèse. (Nach Deniau.)

Gilbert Ballet. Deux cas de vomissement nerveux traités avec succès par l'alimentation artificielle. Progrès médical. 1882.

Charles Fernet. De l'oligurie et de l'anurie hystériques et des vomissements qui les accompagnent. Union médicale 1873.
(Die Krankengeschichte ist in *Charcot*'s Vorlesungen abgedruckt.)

Hyde Salter. Clinical lecture on hysterical vomiting. The Lancet. Lond. 1868.

Barras. Traité sur les gastralgies et les enteralgies. Paris. 1827.

15. Fall.

Marguerite L...., 20jährige Nätherin. *(Hervé de Lavaur.)* Die Kranke ist seit der Pubertätsentwicklung sehr nervös, neigt zu Weinkrämpfen, leidet an Verdauungsstörungen. Mit 18 Jahren bekam sie infolge eines Aergers einen Anfall: Schmerz im Epigastrium, Gefühl einer im Hals aufsteigenden Kugel, Zusammenschnürung der Kehle, Bewusstseinsverlust. Von da an hatte sie 1 bis 2mal im Monat Erbrechen, d. h. sie gab ohne alle Beschwerde und Anstrengung wieder von sich, was sie eben gegessen hatte. Blut erbrach sie nie, aber öfters reichliche schleimige Massen. Im Verlauf des letzten Jahres hatte sie einen zweiten Anfall mit Verlust des Bewusstseins. Seit ½ Jahr wurde das Erbrechen noch häufiger und zeigte sich am schlimmsten zur Zeit der Menstruation. Es bestanden dabei lebhafte, aber nicht örtlich begrenzte Schmerzen (mehr Hyperaesthesie) in der Magengegend. Seit vier Wochen tritt das Erbrechen täglich 1—2mal ein, und zwar ohne vorhergehende Uebelkeit, meist eine Stunde nach dem Essen. Das Erbrochene besteht aus wenig veränderten Speisen mit etwas Schleim. Das Erbrechen führt schliesslich zu merklicher Erschöpfung und bringt die Kranke am 10. März 1881 ins Hospital Lariboisière in Behandlung des Dr. *Constantin Paul.*

Man findet kein Merkmal von Phthise oder organischen Magenkrankheiten und schreibt das Erbrechen einer nervösen Dyspepsie zu. Die Kranke bekommt exclusive Milchdiät, ausserdem Creta mit Laudanum, Bromkali, Morphiuminjectionen, Zugpflaster auf die Magengegend. Die genossene Milch wird aber regelmässig erbrochen, die Körperschwäche der Kranken nimmt zu, anaemische Geräusche in den Pulmonalarterien und Halsgefässen treten auf.

Vom 1. April an wird die Kranke mit Magenspülung und künstlicher Fütterung behandelt. Nach einigen Tagen lernt die Kranke die Einführung

der Sonde ertragen und erbricht nun die mit der Sonde zugeführte Nahrung (Milch mit Ei) nicht mehr, während sie alles, was sie selbst schluckt, wieder von sich giebt. Die Kranke bekommt schliesslich zwei Liter Milch, vier rohe Eier und 100 gr gehacktes Fleich durch die Sonde und kräftigt sich überraschend schnell. Vom 25. April an wird sie nur morgens gefüttert; abends isst sie selbst, ohne nachher zu erbrechen. Vom 1. Mai an wird die künstliche Fütterung ganz ausgesetzt, und am 10. Mai 1881 verlässt die Kranke geheilt das Hospital.

16. Fall.

Stephanie L., 19jährige Nätherin. *(H. de L.)* Die Kranke war in der Jugend scrophulös (Angina, Coryza, Blepharitis, Conjunctivitis, Lymphadenitis). Sie hat eine zarte Constitution, bekommt leicht Atemnot und Herzklopfen. Vom 13. Jahre an menstruiert, zuerst regelmässig. Im 15. Jahre blieb die Menstruation 3 Monate aus. Sie wurde zu der Zeit im Hospital Lariboisière an Chlorose behandelt. Mit 16 Jahren verheiratete sie sich und bekam mit 18 Jahren ein ausgetragenes Kind. Seit dem Wochenbett war die Periode nicht mehr in Ordnung, sie wurde nervös und bekam einmal eine ausgesprochene Nervenkrise mit Bewusstlosigkeit, eingeleitet durch Globus und Constrictionsgefühl.

Vom 14. Jahre an erbrach sie alle 8 oder 14 Tage einmal, ziemlich lange nach dem Essen. Ausserdem litt sie an habitueller Obstipation. Seit ½ Jahr hat sie schlechten Appetit, nach dem Essen Empfindung von Schwere im Magen und nach einigen Stunden Erbrechen, das ihr Erleichterung bringt. Seit ¼ Jahr erbricht sie nach jeder Mahlzeit, durchschnittlich 3 Stunden nach dem Essen, hin und wieder auch seltener, oder schon 1 Stunde nach dem Essen. Das Erbrochene ist stets nur wenig und besteht aus Speiseresten. Seit 6 Wochen hat sich der Zustand nicht gebessert. Ausser dem Erbrechen litt sie noch an Magenschmerzen, die in die rechte Schulter ausstrahlen, Kreuzschmerzen, Kopfweh.

30. September 1885 wird die Kranke ins Hospital Lariboisière aufgenommen und von Dr. *Constantin Paul* behandelt. Sie bekommt Pepsin in Milch, daneben präparierte Kreide mit Opium. Anfang November beginnt man mit Magenspülungen, die zuerst keine Besserung bringen. Die Kranke erbricht täglich 2mal Speisereste mit viel Schleim und schleimiger Flüssigkeit, zur Zeit der Menstruation auch etwas verdautes Blut. Während der Periode stets beträchtliche Vermehrung der dyspeptischen Beschwerden und des Erbrechens. Nächtliche Schweisse. Trotz alledem im allgemeinen guter Ernährungszustand und gutes Aussehen. Keine Lungentuberculose. Keine Anaemie. Links allgemeine Anaesthesie mit Ovarialhyperaesthesie. Eine Schwester der Kranken war an Ulcus ventriculi behandelt worden. Die Kranke wird schliesslich mit Magenspülung und künstlicher Fütterung behandelt, lernt selbst die Sonde einführen. Das Erbrechen verschwindet, und die Kranke kann bedeutend gebessert mit Gewichtszunahme entlassen werden.

17. Fall.

Mme B., 25jährige Spitzenklöpplerin. *(H. de L.)* War als Kind scrophulös. Kam mit 16½ Jahren nach Paris in die Lehre, musste sich über ihre

Kräfte anstrengen. Wurde bleichsüchtig und nervös. Juni 1881 verheiratete sie sich, 1 Jahr später brachte sie Zwillinge zur Welt. Sie verlor bei der Entbindung so viel Blut, dass sie ohnmächtig wurde. Schon 6 Wochen vor der Niederkunft hatte sie infolge häuslichen Kummers eine heftige Nervenkrise mit Verlust des Bewusstseins erlitten. Der Tod ihres Mannes Sept. 1882 zog ihr einen zweiten noch heftigeren Anfall zu. Seither ist sie kränklich. Sie wurde schwach, verlor den Appetit, bekam Schmerzen in der Magengegend, und nach und nach stellte sich Erbrechen ein, das meist etwa 2 Stunden nach der Mahlzeit eintrat und die Speisen mit etwas Schleim, nie Blut zu Tage förderte. Sie wurde zu Hause behandelt. Natr. bicarbon., Abführmittel, Bittermittel, Hautreize u. s. w. ohne irgend welche Besserung. Das Erbrechen dauerte fort; keine Speise blieb bei der Kranken. Sie magerte ab, bekam Herzklopfen, konnte vor Schwäche kaum mehr gehen. Sie war schon ein ganzes Jahr krank, als *H. de L.* sie sah. Er findet die Kranke sehr kachektisch, blutarm und abgemagert. Seit einiger Zeit erbricht die Kranke morgens und abends alles was sie zu sich nimmt, Milch, Eier, Fleischbrühe. Daneben hat sie Verstopfung. Er schlägt Magenspülung und künstliche Ernährung vor und beginnt diese Kur am 17. Nov. Die Kranke gewöhnt sich in einigen Tagen an die Procedur und hört auf zu erbrechen. Die Kranke bekommt jeden Morgen durch die Sonde Milch, Eier, Fleischpulver. Am 15. November behält die Kranke auch das bei sich, was sie selbst zu sich nimmt Am 29. Dezember geht sie neu gekräftigt in ihre Heimat zurück. Infolge neuer Anstrengungen wird sie aber wieder krank und kommt im Februar nach Paris. Die Behandlung ist diesmal ebenso erfolgreich. Ende März ist sie wieder genesen. Sie kann alles essen, hat auch guten Appetit und sieht vortrefflich aus. Seither hat sie keine Spur mehr von nervöser Dyspepsie gezeigt, auch keine hysterischen Anfälle bekommen.

18. Fall.

Luise T . . ., 23jährige Wäscherin. (*H. de L.*) Die Kranke wird am 18. Februar 1885 im Hospital Bichat aufgenommen und von Prof. *Huchard* behandelt.

Früher Masern, Lungen- und Brustfellentzündung. Vor zwei Jahren akuter Gelenkrheumatismus mit Herzaffection. Seit 1 Jahre leidet sie an Erbrechen. das oft 2 3 Wochen lang anhält. Es tritt sofort nach dem Essen ein. Manchmal war wenig Blut beim Erbrochenen Heftige Magenschmerzen begleiten das Erbrechen. Sie wurde (als Ulc. ventric.) mit Milch, Eis, Morphium behandelt. Seit 10 Tagen hat sie wieder heftiges Erbrechen und kann keine Speise ertragen. Sie ist abgemagert und hat Nachtschweisse.

Epigastrium etwas druckempfindlich. Keine Magenerweiterung. Habituelle Obstipation. Syphilis, Alkoholismus, Tuberkulose auszuschliessen. Nur leichter Spitzenkatarrh. Anaemische Herzgeräusche. Starke Nervosität. Urin concentriert, spärlich, eiweissfrei

Die Kranke wird mit Magenspülung und künstlicher Fütterung behandelt, bekommt Eis, Cerium valerianic., Klysmata.

Am 21. Mai gesteht sie, dass sie von ihrem Mann öfters Schläge und einmal einen Tritt in die Magengegend erhalten habe. Man benennt die Krankheit viscerale Hysterie, veranlasst durch Trauma. Selterswasser, Potio

Riveri, Spülung und Fütterung, Pointes de feu, Morphiuminjectionen; alles umsonst. Bromkalilösung in den Rachen eingeblasen, Cocaïn innerlich, Peptonklystiere. Das Erbrechen wird weniger und hört schliesslich plötzlich auf. Nachdem es zwei Tage ausgeblieben, wird die Kranke entlassen.

19 Fall.

Augustine M . . ., 17jährige Nätherin (*H. de L.*) 20. Mai 1885 ins Hospital Bichat zu *Huchard*. In der Jugend böse Augen, Drüsen am Hals. Mit 15 Jahren Typhus, dann Husten und Blutspeien. Menstruation seit 1 Jahr, kurzdauernd, öfters aussetzend. Seit 1/4 Jahr nach starkem Verluste weggeblieben. Seit 1/4 Jahr schlechte Verdauung, Erbrechen nach fast jeder Mahlzeit, schmerzlos. Herzklopfen, Ohnmachten. Stets Nervosität, aber keine Krämpfe. Lungen gesund. Trockener (nervöser) Husten. Keine Herzgeräusche. — Selterswasser. Aetherzerstäubung auf die Magengegend. Vesicatore. Cerium valerianic. Keine Besserung. Am 28. Magenspülung mit schliesslich gutem Erfolg. 12. Juni gebessert aber nicht geheilt entlassen.

20. Fall.

X., 10jähriger Knabe. *(Daniel Fouquet.)* Früher gesunder Sohn einer nervösen Mutter. Im October 1877 klagt er über Uebelkeit und Magenweh und beginnt dann zu erbrechen. Das Erbrechen wird immer häufiger und erfolgt schliesslich bei jeder Nahrungsaufnahme. Dazu gesellt sich eine fortschreitende Muskelschwäche, die fast zur Lähmung der Extremitäten führt, so dass der Kranke dauernd bettlägerig wird. Auch die Sensibilität wird immer stumpfer. Die Abmagerung ist merklich, aber nicht sehr ausgebildet. Eines Tages gelingt es trotz aller Mühe nicht, dem Knaben einen Bissen beizubringen. Die Sonde wird in den Oesophagus eingeführt und geht nur mit Schwierigkeit durch. Der Kranke muss 1/4 Jahr lang mit der Sonde gefüttert werden. Alle Arzneimittel bleiben ohne Erfolg. Auch durch Electrisieren wird keine Besserung erzielt.

Prof. *Charcot* wird consultiert. Ihm fällt ein weibisches Wesen bei dem Knaben auf. Er versucht hypnotische Beeinflussung und Compression der Testikel ohne Erfolg. Zuletzt rät er, die Hydrotherapie, welche früher versagt hatte, wieder aufzunehmen und zwar diesmal mit der Entfernung aus der Familie und Isolierung zu verbinden.

Der Kranke wird in eine Wasserheilanstalt gebracht und bekommt kräftige kalte Douchen; am andern Morgen isst er von selbst, rührt seine Beine, steht auf und äussert den Wunsch, auf der Stelle wieder zu seinen Eltern zurückzukehren. Von da an kehren die beobachteten Erscheinungen nicht wieder. Nur die Rachensensibilität bleibt stumpf; man kann mit dem Finger die Epiglottis berühren, ohne dass der Würgreflex ausgelöst würde.

Der Kranke behält ein weibisches hysterisches Wesen. Er ist sehr gescheidt und hat sich in seiner Schulklasse alle Preise erworben. Aber sein Charakter ist wankelmütig und reizbar. Er ist sehr empfindlich und weint leicht.

21. Fall.

A. B, 9 Jahre. *(Fouquet.)* Vater und Mutter nervös. Kluges Kind mit sehr empfänglichem Gemüt. Sonst nichts Auffallendes. War stets gesund.

Ganz plötzlich, ohne jede erkennbare Ursache bekommt der Kranke unstillbares Erbrechen. Sofort nach dem Schlucken giebt er jede feste und flüssige Nahrung wieder von sich und zwar ohne besondere Anstrengung. Eine sehr beträchtliche Abmagerung ist die Folge. Verschiedene Behandlungsmethoden bleiben ohne Erfolg. Man versucht den Kranken mit Milch und Beeftea-Klystieren zu ernähren, aber es kommt nicht viel dabei heraus. Prof. *Lasègue* wird consultiert und rät zu Hydrotherapie, Gymnastik, Landluft. Der Kranke kommt immer mehr abgemagert in die Provinzialstadt zurück, in der er wohnt, und weist unausgesetzt jedes Nahrungsmittel zurück. Nur Latwerge (looch?) nicht, das einzige, was sein Magen ertragen könne. Seine Einbildungskraft scheint im Spiel zu sein; es gelingt nämlich ihn zu täuschen, indem man ihm Milch mit Orangenwasser in einer Arzneiflasche aus der Apotheke verschreibt. Aber beim geringsten Verdacht einer Täuschung erbricht er sofort. Trotz seiner unglaublichen Magerkeit kann das Kind noch mit seinen Angehörigen spazieren gehen, ohne dass es ihm schwer fiele. Nach Verfluss eines halben Jahres verschwindet die Krankheit mit einem Schlag ohne jede besondere Einwirkung und ohne erkennbare Ursachen, wie sie auch angefangen hatte. Der Magen erträgt wieder alles, der kleine Patient kommt in kürzester Frist wieder auf seinen alten guten Ernährungszustand. Seither ist es ihm mehrere Jahre ganz gut gegangen; nur eine grosse nervöse Reizbarkeit hat er behalten.

22. Fall.

Marie L., 19 Jahre. *(Charcot.)* Chlorotische Kranke. Menstruiert seit dem 16. Jahre, stets unregelmässig. Eine Schwester hat hysterische Anfälle. Januar 1871 bekam die Kranke nach einem Schreck einen hysterischen Anfall. Im Mai äusserste Schwäche, allgemeines Unwohlsein, Gliederschmerzen. Kräftige Diät, Chinin, Eisen, Seebäder. Ende August bekommt die Kranke nach einem Seebad zum erstenmal Erbrechen. Sie erbricht zunächst nur feste Speisen, schon nach einigen Tagen ist sie aber so weit, dass sie alles erbricht, was sie zu sich nimmt. Dieser Zustand hält sich bis October, bessert sich dann auf 14 Tage, um dann von neuem wieder aufzutreten. März 1872 erste Aufnahme im Hôtel-Dieu. Kalte Waschungen, Eis, Champagner, Morphium-Vesicator im Epigastrium. Das Erbrechen verliert sich nach und nach und zeigt sich nur noch von Zeit zu Zeit. 15. April verlässt die Kranke die Anstalt, und ist frei von Erbrechen. Mai und Juni hatte sie nur selten Erbrechen. Nach einem starken Aerger kommt das Erbrechen wieder im Juli, verliert sich aber von neuem, vielleicht infolge von Bromkaligebrauch. Ende Juli wieder eine heftige Gemütsbewegung. Das Erbrechen ist wieder in der alten Heftigkeit und Hartnäckigkeit vorhanden. 18. August 1872 zweite Aufnahme. Extreme Schwäche, hochgradige Anaemie; Intercostalneuralgie, linkseitige Ovarialhyperaesthesie, mehrere anaesthetische Zonen auf der Haut, Farbenblindheit auf dem linken Auge. Anurie wird von der Kranken behauptet und durch die Beobachtung bestätigt. Die Kranke hat bei exclusiver Milchdiät minimale Urinmengen. *Ch. Fernet* glaubt bestimmte Rapporte zwischen den Quantitäten der Nahrung, des Erbrochenen und des Urins statuieren zu können. Im Erbrochenen findet sich stets Harnstoff. Die Kranke wurde verschiedenen diätetischen Regimen unterworfen. Eine psychische Einwirkung, die Verord-

nung von „Blitzpillen“ aus Mica panis bringt eine plötzliche Aenderung in dem Zustande der Kranken zuwege. Vom 27. September an hört das Erbrechen auf, und die Urinsekretion wird normal. Im November scheidet die Kranke in ziemlich gutem Gesundheitszustand aus dem Hospital aus.

23. Fall.

Sim . . ., 19 Jahre altes Mädchen. *(Gilbert Ballet.)* Febr. 82 in die Salpetrière aufgenommen. Hysterie. Linkes Ovarium hyperaesthetisch, ebenso einige Wirbel, eine Stelle unter der linken Brust. Linkseitige Hemianaesthesie mit hyperaesthetischen Inseln. Von Zeit zu Zeit nervöser Husten, Singultus und leichte Anfälle. Am auffallendsten ist die Intoleranz des Magens gegen feste und flüssige Speisen. Wein, Milch, Wasser wird sofort nach dem Schlucken fast in derselben Menge wieder erbrochen. Methodische künstliche Fütterung. Nach einer kurzen Uebergangszeit behält die Kranke alle durch die Sonde eingegossene Nahrung ohne Erbrechen, was sie spontan schluckt, erbricht sie pünktlich wieder. Vom 5. April an lernt die Kranke wieder essen, so dass man die künstliche Fütterung wieder verlassen kann. 4 kg Gewichtszunahme.

24. Fall.

Pauline L . . ., 18 Jahre. *(Gilbert Ballet.)* Nervöse Familie. Krämpfe in der Jugend. Von jeher schwacher Magen. Vor 3 Jahren nach Typhus starke Magenschmerzen. Juni 79 plötzliche Verschlimmerung mit Auftreibung des Leibes und schwerer Verstopfung. Vor 3 Monaten kam noch Erbrechen dazu. Das Erbrochene war mit schleimigen Massen vermischt. Die Kranke hatte Sodbrennen und Schmerzen in der Magengegend, Urticaria. Zugleich mit dem Erbrechen hatte sie Anfälle bekommen (Globus, Erstickungsgefühl, Bewusstlosigkeit). Wegen dieser Anfälle kam die Kranke ins Hospital.

Die Kranke hat Sensibilitätsstörungen, Schmerzpunkte unter der linken Brust und über beiden Ovarien. Seit zwei Jahren unregelmässige Menstruation, Menorrhagien. Schmerz im Epigastrium. Sie erbricht alles, was sie schluckt. 30. April Milchdiät, das Erbrechen bleibt. 1. Mai künstliche Fütterung ohne Erbrechen. Alles andere wird erbrochen. Verdauung sehr gut. Vom 16. Mai an erträgt die Kranke auch wieder, was sie schluckt.

25. Fall

Lucienne D . . ., 17jährige Stickerin. *(Deniau.)* 9. Jan. 83 ins Hospital Tenon aufgenommen. Mutter war herzleidend und hatte jahrelang hysterische Anfälle Vor 2 Jahren, als die Menstruation sich einstellte, traten bei der Kranken unzweifelhafte hysterische Erscheinungen auf, bizarres Wesen, grundloses Lachen und Weinen, leichte Anfälle mit Globusgefühl, Strangulationsgefühl, Aufschreien, convulsivischem Sichherumwerfen ohne völligen Bewusstseinsverlust. Im letzten Jahr eine Zeit lang Aphonie. Menstruation unregelmässig, oft ohne besondere Ursache 2 bis 3 Monate aussetzend, schmerzlos; bisweilen Leukorrhoe. Leichte Bronchitis seit 14 Tagen. Seit beinahe drei Jahren Erbrechen, das mit intermittierendem Verlauf in wochenlangen Perioden immer wiederkehrt. Zur Zeit ist dieses Symptom das auffälligste, welches sie auch ins Hospital geführt hat.

Chlorotisches Mädchen mit vielen characteristischen Symptomen . . .

Deutliche Merkmale von Hysterie, bizarres Wesen, Charakterschwäche, Sucht zu klagen und zu übertreiben, Lachen und Weinen bei unbedeutenden Anlässen. Verschiedene wechselnde pseudoneuralgische Schmerzen, Schmerzhaftigkeit des linken Ovariums. Beiderseitige fast vollständige Aufhebung der Sensibilität nach allen Qualitäten, ohne Störungen der höheren Sinne. Das beherrschende Symptom, das Erbrechen, besteht diesmal seit ¼ Jahr. Es zeigt dieselben Merkmale, welche es stets geboten hatte. Es kommt bei jeder Mahlzeit sofort nach der Nahrungsaufnahme gleichermassen bei festen und flüssigen Speisen, ohne Schmerz, ohne Anstrengung, ohne convulsivischen Charakter, ohne vorangehende Uebelkeit Nur nachher bleibt ein wenig Uebelbefinden und Ekel zurück. Das Erbrochene besteht in einem Teil der eben verzehrten Mahlzeit. Nie wurde Blut oder etwas ähnliches erbrochen. Die Kranke klagt über Magenkrampf, der sie bisweilen morgens befällt ohne Beziehung zu den Mahlzeiten und zu dem Erbrechen Das Epigastrium ist nicht druckempfindlich. Die Kranke hat oft rasch entstehende und vorübergehende Magenaufblähung. Die Periode ist ohne besonderen Anlass seit 2½ Monaten ausgeblieben, ohne Unterleibsschmerzen, ohne Leukorrhoe. Bei der Untersuchung auf Schwangerschaft, die übrigens unwahrscheinlich ist, findet man nichts. Auf den Lungen leichte Bronchitis in voller Lösung. Ordination: Milch, Codeïnsyrup. Die Hydrotherapie wird bis zum völligen Schwinden der Bronchitis hinausgeschoben. 12. Januar. Erbrechen unverändert. Keine anderen Krankheitserscheinungen. Am 15. bleibt das Erbrechen einen Tag aus. Am 18. heftige Halsschmerzen. Keine Angina. Morphiumlösunginhalation. Bromkali statt des Opium. 22. Erbrechen unverändert 24. Leichter Lendenschmerz, kein Erbrechen, leichte Diarrhoe. 25. Kein Erbrechen Die Menstruation ist wieder erschienen, ohne Schmerz, mit normalem Verlauf.

26. Fall.

Eliza T., 19 Jahre. (*Hyde Salter.*) Die Kranke hat acht gesunde Geschwister und stammt von gesunden Eltern. Sie sieht gesund aus und war auch stets gesund, nur dass sie, so lange sie sich denken kann, an Leibschmerzen und Erbrechen leidet. Seit dem Eintritt der Periode im 14. Jahre verstärkten sich diese Beschwerden und wurden sehr hartnäckig. Sie war stets verstopft und hatte viel Durst, der Appetit war nicht gestört. Die Kranke sah stets gesund aus, war aber immer nervös und reizbar. Kam leicht zum Lachen und Weinen. Das Erbrechen trat stets ohne alle Vorboten ein. Seit fünf Jahren erbricht sie bei jeder Mahlzeit Seit derselben Zeit hat sie Kopfweh, Rückenschmerzen, Leibschmerzen, Brennen und Stechen in den Genitalien, ausstrahlende Schmerzen in den Beinen, vor zwei Jahren auch täglich auftretende vorübergehende Lähmung im linken Arm. Seit einem Jahre öfters Globusgefühl, auch Atembeschwerden, Harndrang, Polyurie. Während der Menstruation sind alle Beschwerden stärker. Sie erbricht fast ohne Ausnahme jedes Gericht, meist schon ehe sie mit der Mahlzeit ganz fertig ist, kann aber mit Appetit weiter essen. Bei kleineren Mahlzeiten macht ihr das Erbrechen keine Mühe, bei grösseren erfolgt es mit Würgen und anderen Beschwerden. Gewöhnlich ist es nur ein einfaches Aufsteigen. Oft bleiben die Speisen 20 Minuten im Magen. Sie kommen unverändert zum Vorschein und in gleicher Menge, wie sie gegessen werden, manchmal noch vermehrt. In Gegenwart von Fremden hat

sie quälende Brechneigung, kann das Erbrechen aber unterdrücken, bis sie allein ist; nicht so bei Angehörigen und Bekannten.

Im Spital bekam sie stündlich einen Theelöffel Camphermixtur, die so zauberhaft wirkte, dass das Erbrechen von der ersten Gabe an aufhörte. Die Periode brachte wieder einen Rückfall. Dyspeptische Symptome, Uebelkeit und Appetitlosigkeit fehlten völlig. Es war keine Beziehung zur Verdaulichkeit der Nahrungsmittel vorhanden. Flüssigkeiten wurden leichter als feste Stoffe erbrochen, im Gegensatz zur Dyspepsie. Es war keine Ernährungsstörung vorhanden, die Assimilationskraft des Magens musste eine gute sein. Gegen Ulcus sprach das Fehlen von Blutbrechen, Neuralgie und Druckempfindlichkeit. Die Diagnose Hysterie wurde durch andere hysterische Symptome gestützt (Globus, Polyurie etc.). Das Erbrechen selbst stand deutlich unter nervösem Einfluss, da es in Gegenwart von Fremden ausblieb. Es stand zwar zu der Menstruation in Beziehung, war aber schon in der Kindheit vorhanden, nur noch nicht so häufig, und konnte deswegen nicht vom Uterus ausgehen.

27. Fall.

Frau C. B., 17 Jahre. *(Hyde Salter.)* Die Kranke ist jetzt abgemagert hatte aber früher eine volle Figur. Sie begann vor etlichen Wochen aus voller Gesundheit heraus zu erbrechen. Das Erbrechen setzte drei Wochen aus, stellte sich dann aber wieder ein und blieb seither bestehen. Sie klagt über Schmerzen im rechten Hypochondrium und im Hals, die beim Erbrechen stärker werden. Das Erbrechen kommt ohne alle Vorboten, stets kurz nach dem Essen. Die Speisen steigen einfach in den Mund auf, oft ehe sie ganz mit der Mahlzeit fertig ist. Einige Speisen, und zwar gerade die schwerverdaulichen, werden nicht erbrochen; am häufigsten erbricht sie Milch und Fleisch. Wie die Schwester der Kranken unter dem Siegel der Verschwiegenheit verrät, kann sie Speisen, welche sie heimlich zu sich nimmt, besser bei sich behalten, als irgend sonst etwas. Die Kranke ist stets hungrig. Der Stuhlgang ist erschwert. Sie ist sonst sehr nervös und aufgeregt und hatte schon hysterische Anfälle.

28. Fall.

Eine mehr historisch interessante Krankengeschichte von *Barras* (1826) möchte ich hier wieder auffrischen.

Die Kranke bekam nach einem Diätfehler eine vermeintliche Gastroenteritis und lag 6 Wochen im Krankenhaus. Eines schönen Tags kam auch noch Stimmlosigkeit dazu. Die Kranke erbrach nur Flüssiges, feste Speisen behielt sie im Magen und erbrach sie nur, wenn sie ein Getränk zu sich nahm. Die entzündungswidrige lindernde Behandlung bestand in 60 Blutegeln am Bauch und 50 am Hals. Ausserdem wurden einhüllende Leimklystiere appliciert. Die Kranke bekam Milchregime verordnet, liess sich aber im geheimen Salat und Kaffee schmecken. Geheilt wurde sie nicht, machte vielmehr Fortschritte. Sie bekam Schmerzen und Druckempfindlichkeit im Epigastrium, erbrach Flüssigkeiten und feste Sachen ohne Wahl, erbrach schliesslich auch nüchtern. Dazu kam Meteorismus, Constipation, Stechen zwischen den Schulterblättern. Totale Aphonie Der Harn wurde spärlich und concentriert, der Puls klein und frequent, die Haut heiss. Die Kranke wurde schlaflos und unruhig und

magerte äusserst ab. Man sprach von einer „Gastroenteroperitonitis chronica“ und gab ein grosses Kataplasma auf den Bauch. Die Kranke wurde mit Gummilösung und Milch ernährt, erbrach aber alles, nur einzig und allein Zucker konnte sie verzehren, ohne erbrechen zu müssen Ein Klinicist, welcher über Resorption von Salzen durch die Haut arbeitete, streute ihr Morphium auf eine durch ein Blasenpflaster entblösste Hautfläche. Das half. Die Kranke schlief und erbrach dann nicht mehr. Sie nahm Brot, Milch, Orangen und erbrach nicht. Auch ihre Stimme bekam sie wieder. Der Leib wurde weich. Die Kranke wurde in kürzester Zeit gesund. *Barras* erklärt den Fall für eine Neurose und hält dafür, dass die Krankheit auf einige Opiumdosen und kräftigende Diät sofort verschwunden wäre.